

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 septembre 2020

Composition : Mme BERBERAT, présidente
M. Riesen et Mme Gabellon, assesseurs
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

C. _____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimée.

Art. 10 al. 3 LAA ; 18 al. 2 let. b OLAA ; 7 al. 2 let. c OPAS

E n f a i t :

A. C._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1964, était patron et employé de N._____Sàrl et assuré à ce titre auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée) lorsqu'il a été victime d'un accident de trampoline en date du 21 juin 2015 avec chute d'environ 1 mètre avec réception sur la tête en hyper-flexion entraînant une fracture-luxation C5-6 avec antélisthésis de C5 sur C6 de 7mm et une parésie des quatre membres, nécessitant le 22 juin 2015 une intervention sous forme de microdiscectomie C5-C6, pose d'une cage et fixation par une plaque. Le diagnostic de tétraplégie AIS droite sub C3 a été retenu.

L'assuré a effectué un premier séjour à la Clinique Z._____ (Clinique Z._____) du 29 juin 2015 au 17 août 2015, à l'issue duquel une reprise des tâches administratives de son activité professionnelle à 30% a été proposée dans un but thérapeutique, l'activité de l'assuré comprenant 30% de travail administratif et 70% de travail physique sur les chantiers.

Au final, seule une reprise de 20% du travail administratif a pu intervenir.

Le 20 octobre 2015, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité.

L'assuré a ensuite effectué un second séjour à la Clinique Z._____ du 17 août au 27 septembre 2016. Selon un rapport du 28 septembre 2016, le diagnostic de tétraplégie incomplète AIS D de niveau sensitivo-moteur C3 avec troubles des fonctions urinaire et sexuelle a été retenu. Du point de vue neurologique, les médecins de la Clinique Z._____, dont le Dr N._____, spécialiste en médecine interne générale, ont constaté ce qui suit :

« Le patient déclare avoir des troubles de la déglutition ce qui pourrait s'expliquer après un abord antérieur de sa microdiscectomie C5-C6, de la pose de la cage et de la plaque. Une

évaluation de la déglutition est (sic) un transit baryté sont effectués, concluant à de discrètes anomalies de la phase buccale, une discrète stase pharyngée sans argument en faveur d'une paralysie vagale, ainsi qu'une discrète stase mi-oesophagienne mais sans fausse route et un examen qui est considéré comme globalement dans la norme. Grâce à des exercices le patient a retrouvé une meilleure mobilité [...] de la mâchoire mais garde une faiblesse générale au niveau du muscle du cou pour laquelle, des programmes d'exercices au domicile lui ont été remis. »

Ils ont conclu à une incapacité de travail de 100% du 28 septembre 2016 au 28 décembre 2016 dans l'activité habituelle de chef d'entreprise de maçonnerie. Les médecins de la Clinique Z. _____ ont précisé, du point de vue de l'autonomie et en se fondant sur un rapport de physiothérapie du service de paraplégie de dite Clinique, que l'assuré était autonome dans toutes ses activités de la vie quotidienne (en particulier pour changer la position corporelle de base, garder la position du corps, marcher, se déplacer, se déplacer dans différents lieux, soulever et porter des objets, déplacer des objets avec les membres inférieurs, activités de motricité fine, utilisation des mains et des bras, s'habiller, manger et boire) et qu'il conduisait une voiture soit manuelle, soit automatique.

Dans un rapport de consultation du 19 janvier 2017, le Dr N. _____ a mentionné qu'un an et demi après l'apparition de la tétraplégie chez le patient, la situation était somatiquement stable, celui-ci ayant récupéré une bonne fonction au niveau de la motricité, mais ne réussissant pas à transférer les possibilités théoriques dans des activités de la vie quotidienne, en raison d'une situation de détresse. Le médecin précité a ainsi prolongé l'incapacité de travail du patient du 1^{er} janvier 2017 au 31 mars 2017 et a préconisé un suivi psychiatrique, seule mesure, de l'avis de ce médecin, pouvant permettre de débloquer la situation.

L'assuré a été soumis à un examen final le 6 février 2017 effectué par le Dr W. _____, médecin d'arrondissement de la CNA. Du rapport y relatif, daté du même jour, on extrait ce qui suit :

« Sur le plan neurologique, il y a une nette amélioration de sa tétraparésie. A mon avis, sur le plan neurologique, la situation n'est pas stabilisée. Elle est susceptible de s'améliorer. Persistance de cervicalgies irradiant vers les fibres hautes du trapèze à D se traduisant par une atteinte à l'intégrité corporelle qui fera l'objet d'une appréciation séparée.

Sur le plan urologique, dysurie, pollakiurie, troubles de l'érection qui ne sont pas constants. L'assuré n'a pas essayé de prendre des médicaments. A mon avis, sur ce plan, la situation n'est pas non plus stabilisée.

Je partage l'avis du Dr N._____. L'assuré n'a aucun projet professionnel. Il décrit une sensation de fatigue constante. Un suivi psychologique me semble indispensable.

Sur le plan professionnel, à mon avis, l'incapacité de travail actuelle est due aux problèmes psychologiques. A terme, sur le plan somatique, l'assuré devrait pouvoir travailler dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles à un taux se situant entre 50% et 75%. »

Dans un rapport de consultation de la Clinique Z._____ du 5 juillet 2017, le Dr N._____ a mentionné qu'au niveau réadaptatif, le patient avait atteint quasi l'optimum possible, avec une récupération excellente des fonctions de la marche, tout en relevant que les déficits persistants au niveau de l'équilibre, de l'endurance, de la mobilité de la nuque et des douleurs neurogènes et musculo-squelettiques y relatives étaient absolument dans la norme acceptable et ne devaient pas représenter la barrière infranchissable que le patient semblait y voir. Il a précisé que les limitations étaient au niveau de l'estime de soi et du manque de perspectives mais pas au niveau somatique.

Par avis du 17 juillet 2017, le Dr W._____ a indiqué que la situation de l'assuré était stabilisée du point de vue organique et que celui-ci pouvait effectuer un travail semi-sédentaire en évitant le port de charges de plus de 15 kg et les positions statiques prolongées de la nuque.

Dans un rapport du 3 août 2017, Q._____, psychologue qui suit l'assuré depuis le 6 mars 2017, a fait état d'un épisode dépressif moyen et a préconisé la poursuite d'une psychothérapie.

Le 28 septembre 2017, le Dr W._____ a précisé, sur demande de la CNA, qu'il estimait la capacité de travail de l'assuré à 75% sur le plan somatique, dans une activité adaptée.

Par courrier du 4 octobre 2017 au conseil de l'assuré, la CNA a informé celui-ci de la fin du versement de l'indemnité journalière et du paiement des soins médicaux avec effet au 30 novembre 2017, la situation étant considérée comme médicalement stabilisée.

Par décision du 3 novembre 2017, la CNA a octroyé une rente d'invalidité à l'assuré, calculée sur une diminution de la capacité de gain de 36%. Elle a également reconnu à l'assuré le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité fondée sur un taux de 30% du gain annuel.

Par décision sur opposition du 26 juin 2019, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré.

Celui-ci a recouru contre la décision sur opposition précitée le 12 août 2019.

B. Dans l'intervalle, soit le 21 janvier 2019, le recourant, par son conseil, a requis une participation de l'assurance-accidents aux soins non médicaux.

Par courrier du 22 mars 2019, la CNA a informé l'assuré qu'elle n'entrait pas en matière sur sa demande de prise en charge de frais non médicaux, dès lors qu'il était autonome dans toutes les activités de la vie quotidienne.

Le 7 mars 2019, l'assuré a indiqué contester l'appréciation de la CNA, lui a demandé de rendre une décision formelle et l'a informé du dépôt d'une demande d'allocation pour impotent.

Par décision du 22 mars 2019, la CNA a refusé d'entrer en matière sur la demande de prise en charge des frais non médicaux

déposée par l'assuré le 21 janvier 2019, en réitérant son appréciation, selon laquelle celui-ci était autonome dans toutes les activités de la vie quotidienne.

Le 6 mai 2019, l'assuré a fait opposition à la décision précitée. Il a produit des rapports des 27 septembre 2018 et 5 avril 2019 de la Dre B._____, spécialiste en neurologie et en médecine physique et réadaptation et médecin adjoint auprès du service de neurologie du Centre hospitalier G._____, un rapport du 1^{er} novembre 2018 de la Dre L._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie et en phoniatrie, ainsi qu'un courriel du 22 mars 2019 du Dr R._____, spécialiste en médecine interne générale, adressé à la Dre B._____.

Par décision sur opposition du 28 juin 2019, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré, en précisant qu'il n'existait, en l'espèce, pas de soins non médicaux à dispenser au domicile de l'assuré.

C. Par acte du 12 août 2019, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a recouru contre la décision sur opposition précitée, en concluant à ce que le droit à la prise en charge des frais non médicaux à domicile lui soit reconnu et, subsidiairement, à l'annulation de la décision sur opposition entreprise et au renvoi de la cause à la CNA pour nouvelle instruction au sens des considérants. Il s'appuie en particulier sur le rapport de la Dre L._____ du 1^{er} novembre 2018 concernant les troubles de la déglutition ainsi que sur le courriel du Dr R._____ du 22 mars 2019, selon lequel il a besoin d'aide pour nombre d'activités de la vie quotidienne. L'assuré précise que son épouse l'assiste dans ses activités quotidiennes.

Par réponse du 23 octobre 2019, l'intimée relève que, dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, les soins non médicaux visant à aider le patient à s'alimenter sont indemnisés par l'octroi d'une allocation pour impotent. Elle constate toutefois qu'il ne ressort pas du rapport de la Dre L._____ que l'assuré serait dépendant d'une tierce personne pour s'alimenter. Quant au Dr R._____, il ne précise pas les

activités de la vie quotidienne pour lesquelles l'assuré aurait besoin d'aide et ne distingue pas les séquelles somatiques des séquelles psychologiques, étant précisé que ces dernières ne sont pas à la charge de la CNA. La CNA relève encore que le Dr X. _____ a dénié tout lien de causalité entre l'accident et les troubles ophtalmologiques rapportés par l'assuré.

Par réplique du 13 novembre 2019, le recourant confirme le contenu et les conclusions de son recours.

Le 4 décembre 2019, le recourant produit un rapport du Dr N. _____ du 26 novembre 2019 concernant une consultation du 10 septembre 2019. Le médecin précité mentionne que la situation est stabilisée du point de vue de la lésion médullaire, avec un résultat fonctionnel somatique correct, mais que des douleurs et une kinésiophobie rendent les activités de la vie quotidienne quasiment impossible. Il préconise la poursuite du suivi psychologique pour permettre au patient de dépasser ses limitations et ses douleurs de façon à pouvoir augmenter sa participation aux activités quotidiennes, ainsi que la poursuite du suivi physiothérapeutique pour réguler le tonus, améliorer la mobilité au niveau cervical et travailler les mouvements afin d'améliorer la kinésiophobie installée.

Par déterminations du 17 décembre 2019, l'intimée fait remarquer que le rapport produit par le recourant est une pièce nouvelle qui ne saurait être prise en considération. Cela étant, elle relève qu'à la lecture du rapport du Dr N. _____, il apparaît que les difficultés rapportées par le patient dans ses activités quotidiennes sont en lien avec des facteurs psychogènes, ainsi qu'une kinésiophobie importante, et que la seule mesure médicale préconisée par ce médecin est un suivi psychologique, lequel ne saurait être mis à la charge de l'assureur-accidents, tout lien de causalité entre l'accident du recourant et les troubles psychologiques du recourant ayant été nié.

Le recourant s'est encore déterminé par écriture du 14 janvier 2020.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

Selon l'art. 93 let. a LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer.

b) Ayant été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et respectant pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le refus de l'intimée d'entrer en matière sur la demande du recourant tendant à la prise en charge de frais non médicaux au sens de l'art. 18 al. 2 lit. b OLAA.

3. a) Au titre des prestations dispensées par l'assurance-accidents, figurent les prestations pour soins et le remboursement des frais résultant de l'accident (art. 10 à 13 LAA). Parmi ces frais figure le droit à l'aide et aux soins à domicile. Selon la jurisprudence, la notion

d'aide et de soins à domicile englobe d'abord le traitement médical dispensé à domicile dans un but thérapeutique, appliqué ou ordonné par un médecin (par ex. les visites médicales). Elle comprend également les soins médicaux au sens de soins infirmiers, y compris en l'absence d'action thérapeutique, indispensables au maintien de l'état de santé. Il s'agit en particulier des mesures médicales au sens de l'art. 21 al. 1 let. d LAA, qui maintiennent, soutiennent, assurent ou remplacent pour ainsi dire les fonctions organiques vitales. Une troisième forme de soins à domicile est constituée par les soins non médicaux, soit aussi bien l'aide personnelle fournie à l'intéressé pour les actes ordinaires de la vie (soins corporels, nourriture, par exemple) que l'aide dans l'environnement de l'assuré (par exemple, la tenue du ménage) (ATF 116 V 41 consid. 5a; Gehring, in KVG UVG Kommentar, art. 10 LAA n. 19; cf. ég. Commission ad hoc sinistres LAA, Recommandations pour l'application de la LAA et de l'OLAA, ch. 1).

b) Selon l'art. 10 al. 3 LAA, dans sa formulation en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2017, le Conseil fédéral peut définir les prestations obligatoirement à la charge de l'assurance et limiter la couverture des frais de traitement à l'étranger. Il peut fixer les conditions que l'assuré doit remplir pour avoir droit à l'aide et aux soins à domicile. L'art. 18 al. 2 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents (OLAA; RS 832.202), également dans sa formulation en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2017, stipule que l'assureur participe aux soins médicaux à domicile prescrits par un médecin et dispensés par une personne non autorisée, à condition qu'ils soient donnés de manière appropriée (let. a), et aux soins non médicaux à domicile, à condition qu'ils ne soient pas couverts par l'allocation pour impotent selon l'art. 26 (let. b). Le terme de soins médicaux est synonyme de suivi médical de l'assuré (par ex. pose de cathéters, traitement de plaies ou perfusions) alors que le terme d'aide non médicale décrit le soutien non médical à l'assuré en cas d'atteinte à la santé dans l'accomplissement des tâches journalières (par ex. soins corporels, habillage et déshabillage, alimentation). Par analogie aux dispositions relatives aux soins pris en charge par l'assurance-maladie, cela renvoie donc aux notions d' « examens et traitements » au sens de

l'art. 7 al. 2 lit. b de l'ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS; RS 832.112.31) (art. 18 al. 1 et al. 2 let. a OLAA) et de « soins de base » au sens de l'art. 7 al. 2 let. c OPAS (art. 18 al. 2 let. b OLAA) (Commission ad hoc sinistres LAA, Recommandations pour l'application de la LAA et de l'OLAA, ch. 1.2 et 1.3).

Dans son ancienne version, l'art. 18 OLAA limitait la prise en charge des soins à domicile, ce qui était contraire au Code Européen de Sécurité Sociale (CESS; RS 0.831.104) et à la convention n° 102 de l'Organisation Internationale du Travail (OIT) concernant la norme minimum de la sécurité sociale (Convention OIT n° 102; RS 0.831.102) (cf. message du 20 mai 2008 relatif à la modification de la LAA, FF 2008 4877 p. 4894 et 4907; message additionnel du 19 septembre 2014 relatif à la modification de la LAA, FF 2014 7691 p. 7703 et 7715). Aux termes de ces conventions, les soins à domicile doivent être pris en charge sans que l'on puisse exiger une participation de l'assuré à leurs coûts (cf. les références précitées FF 2008 4877 p. 4894 et 4907; FF 2014 7691 p. 7703 et 7715). Ainsi, à leurs art. 34 respectifs, aux prescrits identiques, elles prévoient que les prestations doivent notamment comprendre les soins de praticiens de médecine générale et de spécialistes à des personnes hospitalisées ou non hospitalisées, y compris les visites à domicile, ainsi que les soins d'infirmières, soit à domicile, soit dans un hôpital ou dans une autre institution médicale (al. 2 let. a et c; al. 3 let. a). Les deux conventions ne comprennent, cependant, ni la notion de soins dispensés par des personnes autres que des médecins ou des infirmiers, ni la notion de soins non-médicaux au sens d'une aide à domicile. Dans ce contexte, il apparaît ainsi que seul le traitement médical dispensé à domicile dans un but thérapeutique, prescrit par un médecin et dispensé par une personne ou une organisation autorisée, doit être entièrement pris en charge. Il s'agit des prestations figurant à l'art. 18 al. 1 OLAA (Commission ad hoc sinistres LAA, Recommandations pour l'application de la LAA et de l'OLAA, ch. 1.1 et 2.1). Par contre, également en conformité avec le texte de ces conventions, l'art. 18 al. 2 OLAA ne prévoit qu'une participation aux soins médicaux à domicile prescrits par un médecin et dispensés par une

personne non autorisée (art. 18 al. 2 let. a OLAA) et aux soins non médicaux à domicile (art. 18 al. 2 let. b OLAA).

c) L'art. 7 al. 2 let. c OPAS définit les « soins de base ». Il s'agit des soins de base généraux pour les patients dépendants, tels que: bander les jambes du patient, lui mettre des bas de compression, refaire son lit, l'installer, lui faire faire des exercices, le mobiliser, prévenir les escarres, prévenir et soigner les lésions de la peau consécutives à un traitement; aider aux soins d'hygiène corporelle et de la bouche; aider le patient à s'habiller et à se dévêtir, ainsi qu'à s'alimenter (ch. 1) et les mesures destinées à surveiller et à soutenir les malades psychiques pour accomplir les actes ordinaires de la vie, telles que la planification et la structuration de leurs journées de manière appropriée, l'établissement et la promotion des contacts sociaux par un entraînement ciblé et le soutien lors de l'utilisation d'aides à l'orientation et du recours à des mesures de sécurité (ch. 2).

Il est précisé, à l'art. 18 al. 2 let. b OLAA, que l'assureur participe aux soins non médicaux à domicile, à condition qu'ils ne soient pas couverts par l'allocation pour impotent selon l'art. 26 LAA. Ainsi, seules les actes d'installer, de faire faire des exercices, de mobiliser ainsi que de prévenir les escarres sont à prendre en compte, les autres soins de base généraux étant couverts par l'allocation pour impotent (cf. Gehring, in KVG UVG Kommentar, art. 10 LAA, nn. 22 et 23).

4. Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée. Dans ce domaine, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt TF 8C_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il

pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

Si, malgré les moyens mis en œuvre d'office par le juge pour établir la vérité du fait allégué par une partie, conformément au principe inquisitoire, ou par les parties selon le principe de leur obligation de collaborer, la preuve de ce fait ne peut être rapportée avec une vraisemblance prépondérante pour emporter la conviction du tribunal, c'est à la partie qui entendait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (DTA 1996-1997 n. 17 consid. 2a; 1991 n. 11 et 100 consid. 1b; 1990 n. 12 consid. 1b et les arrêts cités; ATF 115 V 113 consid. 3d/bb). Dans cette mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b).

A l'instar des principes développés en matière d'allocation pour impotent, une coopération étroite et complémentaire entre le médecin et l'administration est nécessaire pour déterminer les besoins en matière d'aide et de soins à domicile. Le premier doit indiquer dans quelle mesure les fonctions physiques ou mentales de la personne assurée sont limitées par l'affection. L'assureur peut procéder à d'autres clarifications sur place, de sorte que, en cas d'incertitudes sur les troubles physiques et mentaux et/ou leurs effets quotidiens, les questions aux médecins spécialistes ne sont pas seulement permises mais nécessaires. Si le rapport sur la clarification sur place satisfait aux exigences légales individuelles en matière de preuve, le tribunal n'intervient à la discrétion de la personne qui procède à la clarification que s'il existe des erreurs de jugement clairement établies (cf. TF 8C_1037/2012 du 12 juillet 2013 consid. 6.1 et les références).

5. En l'occurrence, après avoir effectué deux séjours à la Clinique Z._____, les médecins ont mentionné que l'intéressé était indépendant dans toutes ses activités de la vie quotidienne et qu'il pouvait conduire une voiture, qu'elle soit manuelle ou automatique (cf. rapport de la Clinique Z._____ du 28 septembre 2016).

Le Dr N._____ a, pour sa part, mentionné qu'au niveau réadaptatif, le patient avait atteint quasi l'optimum possible, avec une récupération excellente des fonctions de la marche, tout en relevant que les déficits persistants au niveau de l'équilibre, de l'endurance, de la mobilité de la nuque et des douleurs neurogènes et musculo-squelettiques y relatives étaient absolument dans la norme acceptable et ne devaient pas représenter la barrière infranchissable que le patient semblait y voir. Il a précisé que les limitations étaient au niveau de l'estime de soi et du manque de perspectives mais pas au niveau somatique (cf. rapport du 5 juillet 2017).

Le recourant soutient à cet égard qu'il aurait besoin de soins non médicaux à domicile pour des troubles de la déglutition, en se fondant sur le rapport du 1^{er} novembre 2018 de la Dre L._____. Or, comme la relevé l'intimée, les soins visant à aider le patient à s'alimenter sont indemnisés par l'octroi d'une allocation pour impotent. Cela étant, il ressort du rapport précité que, malgré les troubles de la déglutition séquellaires de son intervention cervicale (rectitude de la colonne cervicale empêchant une ouverture optimale de la bouche oesophagienne et favorisant une mini stase alimentaire), l'intéressé a mis en place une alimentation et des tactiques alimentaires bien adaptées à ses modifications anatomiques. La médecin précitée a préconisé que le patient poursuive un régime « protégé », évitant les aliments qui s'émiettent, solides et liquides à la fois et les boissons par grosses gorgées enchaînées, sans prescrire de thérapie rééducative spécifique. Il n'apparaît ainsi pas que le recourant ait besoin d'une tierce personne pour s'alimenter. C'est d'ailleurs également ce à quoi avaient conclu les médecins de la Clinique Z._____ (cf. rapport du 28 septembre 2016).

Le recourant se réfère également à un courriel du Dr R._____ du 22 mars 2019, dans lequel ce médecin indique que son patient a besoin d'aide pour nombre d'activités de la vie quotidienne. Le Dr R._____ ne détaille toutefois pas pour quelles activités de la vie quotidienne son patient aurait besoin d'aide et ne distingue pas non plus

entre les séquelles somatiques des séquelles psychiques, si bien que l'on ne peut rien tirer du courriel précité.

Il en va de même du rapport de la Dre B. _____ du 27 septembre 2018, dans lequel celle-ci évoque des douleurs quotidiennes qui entravent les activités du patient, sans préciser de quelles activités il s'agit. En particulier, la Dre B. _____ propose, en guise de conclusion à son rapport, une évaluation de la capacité de travail de son patient, un traitement d'ostéopathie, ainsi qu'un bilan phoniatrique-logopédique, sans toutefois précisément évoquer des difficultés du patient dans les activités de la vie quotidienne.

En conclusion, on ne voit pas, sur le plan somatique, d'éléments qui empêcheraient le recourant d'assumer les activités de la vie quotidienne. Il apparaît bien plutôt que ses limitations sont de la sphère psychique, qui n'est, en l'occurrence, pas du ressort de la CNA.

C'est ainsi à bon droit que l'intimée a refusé d'entrer en matière sur la prise en charge de soins non médicaux au sens de l'art. 18 al. 2 let. b OLAA et n'a pas donné suite aux mesures d'instructions complémentaires requises par le recourant.

6. a) Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 28 juin 2019 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Jean-Michel Duc (pour C. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :