

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 mai 2018

Composition : M. MÉTRAL, président
M. Piguet et Mme Feusi, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

I. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 6 al. 1, 10 al. 1, 19 al. 1, 24 al. 1 et 25 al. 1 LAA ; 36 OLAA

E n f a i t :

A. I. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], était employé, à plein temps depuis le 1^{er} février 2014, comme aide-concierge par la société L. _____ SA à [...]. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 6 septembre 2014, lors d'un accident, l'assuré a eu l'avant-bras écrasé par le grappin d'un pont roulant alors qu'il œuvrait à la destruction de palettes de bouteilles. Il a subi une fracture multifragmentaire ouverte des deux os de l'avant-bras gauche, traitée par réduction ouverte et ostéosynthèse, ainsi qu'une atteinte axonale sévère tri-tronculaire (nerfs radial/médian/ulnaire gauches) avec continuité nerveuse conservée (pour cette atteinte, cf. rapport du 16 mai 2015 de la Dresse A. _____, spécialiste en neurologie). Il a été hospitalisé dans le Département de l'appareil locomoteur (DAL) du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) jusqu'au 15 septembre 2014. La CNA a pris en charge le traitement médical et alloué des indemnités journalières. Dans un rapport du 30 juillet 2015, le Dr O. _____, généraliste du Centre médical [...] à [...], a fait état d'une évolution lentement favorable, avec apparition progressive d'une motricité des extenseurs du poignet gauche en parallèle au traitement mis en œuvre alliant des séances de physiothérapie et d'ergothérapie ainsi que l'usage d'un appareil d'électrostimulation neuromusculaire Compex®. Le pronostic était favorable, mais avec une très lente progression. En décembre 2015, le constat était le même (rapport du 27 décembre 2015). Dans un rapport du 1^{er} mars 2016, le Dr Z. _____, spécialiste en neurologie, a constaté, lors de son examen du 29 février 2016, une monoparésie distale du membre supérieur gauche, segmentaire, très localisée sur les muscles fléchisseurs des doigts, associée à des troubles sensitifs prédominant dans le territoire du nerf médian, avec composante de douleurs neuropathiques. La main gauche était fonctionnelle pour manipuler un poste de commandes, un volant, mais pas pour le port de charges ni la manipulation fine dans des

travaux de précision. Le 8 juin 2016, le Dr O._____ a indiqué que l'assuré n'avait pas repris le travail mais que des contacts avaient été pris avec l'employeur pour trouver une activité adaptée à son handicap étant précisé que des adaptations étaient en cours afin de lui permettre de conduire une machine à palettes. L'intéressé était par ailleurs motivé à se former en tant que grutier. Après une tentative de l'assuré de reprise de son activité habituelle, mieux adaptée, à 50 % depuis août 2016, qui a échoué, L._____ SA a résilié son contrat de travail pour le 31 mars 2017.

L'assuré a séjourné, du 25 janvier au 22 février 2017, à la Clinique romande de réadaptation (CRR) à [...]. Dans leur rapport du 10 mars 2017, les Drs J._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et S._____, médecin-assistante, ont posé les diagnostics suivants:

“DIAGNOSTIC PRINCIPAL

- Thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs et limitations fonctionnelles chroniques du membre supérieur gauche

DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES

- Légère neuropathie ulnaire et médiane démyélinisante focale à l'avant-bras gauche (ENMG du 30.01.2017)
- Trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive.
- Accident au travail le 06.09.2014 avec :
 - fracture ouverte (Gustilo II) des deux os de l'avant-bras gauche
 - atteinte neurologique axonale tri-tronculaire à l'avant-bras gauche.”

Ces spécialistes se sont notamment exprimés comme il suit sur l'état de santé ainsi que sur la capacité de travail résiduelle de l'assuré :

“APPRECIATION ET DISCUSSION

A l'entrée, les plaintes et limitations fonctionnelles du patient sont la persistance de douleurs du versant cubital de l'avant-bras gauche, cotées à 6/10, sous forme de décharges électriques s'étendant jusqu'aux doigts. Il dit avoir une sensation de bras lourd. La douleur

est aggravée par le froid, raison pour laquelle il porte depuis novembre 2016 un gant en néoprène toute la journée. Pour la majorité des activités il dit utilise[r] presque uniquement son bras droit dominant.

L'examen clinique est décrit ci-dessus.

Examens radiologiques :

RX avant-bras gauche du 27.01.2017 : matériel d'ostéosynthèse de l'avant-bras gauche en place, sans signe de descellement. Ulna consolidé, radius avec cal osseux.

Les diagnostics suivants ont été posés au cours du séjour :

Sur le plan orthopédique : aucun. Le patient a été présenté à notre consultant chirurgien orthopédiste pour qui il n'y a pas d'indication à une AMO [ablation du matériel d'ostéosynthèse] de la plaque radiale au risque de refracture, tout comme de la plaque ulnaire car peu gênante.

Sur le plan psychiatrique : trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive (cf. consilium psychiatrique du 27.01.2017). Durant le séjour et à travers le suivi individuel, les éléments du registre post-traumatiques ont semblé tenir une place plus importante dans la présentation clinique que lors de l'évaluation initiale sans pour autant atteindre les critères permettant de retenir le diagnostic à ce jour. Il nous semble cependant important que le patient poursuive une prise en charge psychothérapeutique en ambulatoire, dont le contact a déjà été pris. L'ensemble de ces éléments influencent probablement de façon négative l'évolution clinique et pourrait expliquer la présentation clinique assez démonstrative.

Sur le plan neurologique, l'ENMG [électroneuromyogramme] retrouve des signes de légère neuropathie ulnaire et médiane démyélinisante focale à l'avant-bras gauche (ENMG du 30.01.2017).

Sur le plan général, une échographie effectuée le 16.02.2017 a pu mettre en évidence un lipome du flanc gauche, mesurant 5.5 x 3 x 6 cm et une deuxième formation sous-cutanée, dans la face antérieure de la cuisse gauche, mesurée à 1.7 x 06 x 2 cm, également en faveur d'un lipome. Selon la gêne notamment au flanc gauche, une résection pourrait être envisagée. Le patient doit en discuter avec son médecin traitant.

Les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquent pas principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour. Les légers signes de neuropathie ulnaire et médiane à l'ENMG peuvent expliquer une partie des douleurs rapportées, mais ne peuvent expliquer à elle[s] seule[s] l'importance du retentissement fonctionnel annoncé et l'exclusion du membre supérieur gauche et de la main dans les activités mêmes légères.

Des facteurs contextuels (absence de formation, résiliation prochaine du contrat de travail) et psychologiques chez un patient qui considère son bras comme mutilé, influencent négativement les

aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient, et influencent défavorablement le retour au travail.

Pendant le séjour, le patient a suivi les prises en charges ci-dessous (Cf. rapports annexés) :

- x physiothérapie
- x ergothérapie
- x psychosomatique
- x ateliers professionnels

Sur le plan antalgique, après arrêt du Tramal rapporté inefficace, un traitement de Co Dafalgan en systématique et en réserve, n'a pas apporté d'amélioration selon le patient. Il est proposé de diminuer progressivement ce traitement.

Au terme du séjour, l'évolution subjective et objective est non significative (Cf. rapports et tests fonctionnels). La participation du patient aux thérapies a été considérée comme moyenne, chez un patient centré sur ses douleurs, et chez qui la mise en route d'un programme de rééducation fonctionnelle n'a pas été possible.

Aux ateliers professionnels, le patient a été planifié par périodes allant jusqu'à 2 heures consécutives dans des activités très légères (cf. Rapport des ateliers professionnels). Les activités proposées ont été interrompues à plusieurs reprises au motif de douleurs et aussi de nausées chez un patient qui ne se projette pas dans une activité professionnelle et qui exclut sa main gauche.

Hormis les autolimitations et le fait que le patient sous-estime le niveau d'activité qu'il peut réaliser (score au PACT à 15 points correspondant à l'appréciation par le patient de ne pouvoir réaliser que des activités exigeant un niveau d'effort inférieur à sédentaire ou essentiellement assis), aucune incohérence n'a été relevée.

Les limitations fonctionnelles définitives suivantes sont retenues : activités nécessitant des prises en force avec la main gauche ; activités nécessitant une dextérité fine avec la main gauche ; port répétés de charges supérieures à 10-15kg.

La situation est stabilisée du point de vue médical.

Aucune nouvelle intervention n'est proposée.

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est défavorable, en lien avec les facteurs médicaux retenus après l'accident et des facteurs contextuels, le patient ayant été licencié.

Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus est défavorable, chez un patient qui sous-estime le niveau d'activité qu'il peut réaliser, sans qualification reconnue et qui ne se projette pas dans une activité professionnelle, se considérant comme invalide. Dans une activité adaptée, on peut s'attendre à une pleine capacité de travail."

Toujours dans le cadre de l'instruction par l'assureur-accidents, l'assuré a été examiné, le 17 mai 2017, par le Dr X. _____,

spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA. Dans son rapport du même jour, ce médecin a constaté un examen clairement dominé par une exclusion fonctionnelle de la main gauche. Objectivement, l'épaule gauche était souple, vaguement douloureuse à la mobilisation en fin de course, sans signes clairs de conflit. La force en rotation externe était conservée, le sous-scapulaire était fonctionnel, avec une mobilité active complète. Le coude gauche avait également une mobilité complète. Au niveau de l'avant-bras gauche, il existait deux longues cicatrices et une atrophie musculaire limitée, bien localisée, de part et d'autre de la cicatrice postérieure. Le poignet gauche était souple. Passivement, les amplitudes articulaires étaient complètes. Activement, le patient bougeait à peine son poignet. La main gauche, dépourvue de marques d'utilisation, avait la même température que la droite. La sudation était symétrique. Il fallait beaucoup insister afin que l'assuré bouge un peu le pouce et les doigts longs qui étaient pourtant tout à fait souples, finissant par effectuer une pince pouce-index correcte. La force de serrage de la main gauche était apparemment effondrée. Quant à la sensibilité, le patient décrivait une hypoesthésie un peu diffuse de l'avant-bras gauche qui s'étendait à la main gauche. Du point de vue thérapeutique, le Dr X. _____ n'avait pas grand-chose à proposer excepté convaincre l'assuré d'abandonner son gant thermique et de faire usage de sa main gauche. Ce dernier ne devait ainsi pas être considéré comme un mono-manuel. Du point de vue médico-théorique, dans une activité légère et ne nécessitant pas de dextérité particulière, la capacité de travail était entière aux dires du médecin d'arrondissement. A cet égard, le poste de travail mis à la disposition de l'intéressé par son ex-employeur était parfaitement adapté. En se référant à la table 1 du barème de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20), un taux de 15 % était retenu par le Dr X. _____ à titre d'estimation de l'atteinte à l'intégrité, compte tenu d'une perte fonctionnelle de 30 % du membre supérieur gauche.

Par décision du 22 mai 2017, la CNA a alloué à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 15 %, d'un montant de 18'900 fr. ($[126'000 \text{ fr.} \times 15] / 100$), en se basant sur l'avis de son

médecin-conseil. Elle a par ailleurs mis fin à la prise en charge du traitement ainsi qu'au versement des indemnités journalières dès le 1^{er} juin 2017 en l'absence de lien de causalité au-delà de cette date avec l'accident du 6 septembre 2014. Selon ses investigations médicales, pour les seules séquelles de l'accident, une pleine capacité de travail restait envisageable dans une activité sans prise de force ni dextérité fine avec la main gauche et sans port répété de charges supérieures à dix - quinze kilos. L'assuré était dès lors invité à s'annoncer auprès de l'assurance-chômage et à reprendre contact avec l'assurance-invalidité afin de retrouver une activité professionnelle adaptée à son handicap.

Par courrier du 6 juin 2017, l'assuré s'est opposé à la décision précitée. Il contestait l'estimation de son atteinte à l'intégrité effectuée par la CNA, d'avis pour sa part que « la perte d'un bras au niveau du coude ou en-dessus est équivalente de 50 % et que la main est de 40 % ». Se prévalant ensuite de la persistance de douleurs nécessitant, selon lui, des traitements et soins médicaux, il soutenait que les conditions permettant la fin du droit au traitement médical n'étaient pas remplies. Il contestait enfin le bien-fondé du décompte d'indemnités journalières, au motif que les prestations versées étaient incorrectes dès lors qu'elles ne tenaient pas compte des allocations familiales. Il sollicitait à cet effet un nouveau décompte comprenant le détail du calcul de l'indemnité journalière.

La CNA a, par décision du 21 juin 2017, refusé à l'assuré le droit à une rente d'invalidité LAA, en l'absence de préjudice financier compte tenu du revenu qu'il pouvait encore réaliser dans une activité adaptée.

Le 17 juillet 2017, l'assuré a complété son opposition du 7 juin 2017, en demandant à la CNA d'annuler ses décisions des 22 mai et 21 juin 2017 et en concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents et d'une IPAI plus conséquente sur la base d'une « perte partielle de 90 à 70 % de [ses] membres lésés », ainsi qu'à la poursuite de la prise en charge des frais de traitement liés à l'accident du 6 septembre 2014. Se réservant de produire un rapport de son médecin, le Dr

O._____, à l'appui de sa contestation, il soutenait que les séquelles affectaient non seulement sa main mais également son bras gauche. Alléguant ses efforts vains pour reprendre son activité habituelle, il contestait être capable d'exercer une activité industrielle adaptée sur le marché de l'emploi, comme le retenait la CNA. S'agissant de l'IPAI, il se plaignait d'une estimation « arbitrairement sous-évaluée » de la part de la CNA. Il prétendait, de son côté, avoir droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 70 % minimum.

Par lettre du 25 juillet 2017, la CNA a adressé à l'assuré le détail du montant de son indemnité journalière. Il en ressort notamment la prise en compte d'une somme d'allocation familiale à hauteur de 245 fr. par mois pour le calcul du montant de cette prestation.

Le 17 août 2017, la CNA a partiellement admis l'opposition formée par l'assuré à sa décision du 22 mai 2017, en ce sens qu'elle continuerait à prendre en charge les traitements antalgiques prescrits par un médecin et les contrôles médicaux nécessaires à cet effet. La CNA a en revanche rejeté les autres conclusions et confirmé ses décisions des 22 mai et 21 juin 2017 en particulier la fin des indemnités journalières au 1^{er} juin 2017, le refus d'une rente d'invalidité LAA ainsi que l'allocation d'une IPAI de 15 %.

B. Par acte du 21 septembre 2017, I._____, a déféré la décision sur opposition précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant, en substance, à l'octroi d'une IPAI plus élevée que celle allouée par la CNA. Il demande également la poursuite de la prise en charge du traitement médical, en tout cas du traitement antalgique. Le recourant demande enfin un nouveau décompte, détaillé, des indemnités journalières qui lui ont été allouées.

Dans sa réponse du 12 décembre 2017, la CNA a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée.

Le recourant s'est vu remettre un exemplaire de la réponse de l'intimée, le 13 décembre 2017, et a été informé de la possibilité de consulter le dossier auprès du greffe du tribunal.

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).

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile et devant le tribunal compétent, respecte les autres conditions de forme prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. a) La contestation porte d'abord, sur le droit à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI). En tant qu'autorité de recours, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal peut examiner d'office l'ensemble des aspects des prestations litigieuses. Elle peut toutefois aussi se limiter à se prononcer expressément sur les seuls griefs soulevés, sans

exposer de manière détaillée dans le jugement les autres éléments fondant la décision, sauf si des aspects particuliers du dossier le justifient (ATF 125 V 413 consid. 2c). Elle se prononce sur la situation en fait et en droit jusqu'au moment de la décision litigieuse (ATF 140 V 70 consid. 4.2 et 131 V 242 consid. 2.1).

On précisera que les modifications introduites par la novelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce, vu la date de l'accident assuré (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]).

b) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique par suite de l'accident a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Selon l'art. 36 al. 1 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. A teneur de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestations en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité.

L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b, 209 consid. 4a/bb et 113 V 218 consid. 2a) - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. L'indemnité allouée pour ces lésions s'élève, en règle générale, au pourcentage indiqué du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2). La Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une

évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). Ces tables n'ont pas de valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à faire assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 de l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc; cf. TF 8C_195/2013 du 15 octobre 2013 consid. 6.1 et les références citées).

c) Le recourant prétend à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) plus importante que celle de 15 % allouée par l'intimée. Il reproche à la CNA une estimation incorrecte de la prestation à laquelle il a droit, estimant pour sa part, que la perte d'un bras au niveau du coude ou en-dessus équivaut à 50 % et que celle d'une main est de 40 %.

En l'occurrence, les médecins de la Clinique romande de réadaptation, de même que le médecin d'arrondissement de la CNA, ont constaté que l'assuré présentait encore des séquelles de l'accident subi le 6 septembre 2014 au niveau de l'avant-bras gauche. Bien que le recourant semble convaincu qu'il n'a plus l'usage de cet avant-bras qu'il exclut pratiquement, les médecins constatent que l'atteinte nerveuse est en réalité assez modérée et qu'elle n'exclut pas l'usage de la main gauche, hormis pour les activités nécessitant le port de charges ou une dextérité fine. Dans ces conditions, le Dr X._____ estime, de manière convaincante, que ces circonstances équivalent à une perte de l'ordre de 30 % de l'usage de l'avant-bras gauche, main comprise, ce qui correspond dès lors à une atteinte à l'intégrité de 15 % (à savoir, 30 % de 50 % ; cf. Table 1 d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA [atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs]). Suivant l'évaluation de son médecin-conseil, la CNA n'a donc nullement abusé de son pouvoir d'appréciation en allouant au recourant une indemnité pour atteinte à l'intégrité fondée sur un taux de 15 %. Il n'y a pas lieu de s'écarter de la décision attaquée sur ce point.

3. a) Le recourant conteste également la fin de la prise en charge des frais du traitement médical par la CNA, estimant que l'assureur-

accidents reste tenu de prêter pour les coûts d'un traitement antalgique visant à apaiser ses douleurs persistantes.

b) Selon l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir:

- a. au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur leur prescription, par le personnel paramédical ainsi que, par la suite, par le chiropraticien;
- b. aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste;
- c. au traitement, à la nourriture et au logement en salle commune dans un hôpital;
- d. aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin;
- e. aux moyens et appareils servant à la guérison.

A teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

De jurisprudence constante, cela signifie que l'assuré a droit à la prise en charge des traitements médicaux et aux indemnités journalières tant qu'il y a lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de son état de santé et pour autant que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité aient été menées à terme. Lorsque ces conditions ne sont plus remplies, le droit à ces prestations cesse et le droit à la rente commence (TF 8C_403/2011 du 11 octobre 2011 consid. 3.1.1 ; ATF 134 V 109 consid. 4.1 et les références citées). Le droit à la prise en charge des traitements médicaux et des indemnités journalières cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais

qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10 % prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (ATF 134 V 109 consid. 4.1 et 133 V 57 consid. 6.6.2).

c) L'intimée a expressément admis, dans la décision sur opposition litigieuse, la poursuite de la prise en charge des antalgiques, sur prescription médicale. Pour le surplus, le médecin d'arrondissement constate que le traitement est stabilisé sur le plan médical. Il n'y a aucun motif de s'écarter de ce constat, ce qui justifie la fin de la prise en charge du traitement dans la mesure où celui-ci s'inscrirait au-delà d'un traitement antalgique. Sur ce point, le recours est mal fondé dans la mesure où il n'est pas sans objet.

4. Le recourant semble contester, enfin, le montant des indemnités journalières qui lui ont été versées au motif que les allocations familiales n'auraient pas été prises en considération. Il demande, sur ce point, que la CNA lui fasse parvenir un calcul détaillé. Ce détail de calcul a déjà été adressé à l'assuré, par lettre du 25 juillet 2017, et démontre que les allocations familiales, par 245 fr., ont bien été prises en considération pour le calcul des indemnités journalières servies. Pour le surplus, la décision sur opposition querellée ne porte en l'occurrence pas sur le montant des indemnités journalières. Le recours sur ce point, dans la mesure où il n'est pas sans objet, est donc irrecevable.

5. La décision sur opposition du 17 juillet 2017 porte également sur la question du droit à la rente d'invalidité de l'assurance-accidents. En l'absence de toute conclusion, respectivement d'un quelconque grief sur ce point, le recours ne porte pas sur cet aspect de la décision en question, qui est donc entré en force faute de contestation.

6. A l'aune de l'ensemble de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

a) La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

b) Le recourant, au demeurant non assisté des services d'un mandataire professionnel pour la défense de ses intérêts, voit ses conclusions rejetées dans la mesure où elles ne sont pas irrecevables ou sans objet. Il ne peut donc pas prétendre de dépens à la charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté dans la mesure où il n'est pas sans objet ou irrecevable.
- II.** La décision sur opposition rendue le 17 août 2017 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.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- I. _____,
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

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).

Le greffier :