

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 octobre 2019

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
M. Neu, juge et Mme Gabellon, assesseur,
Greffier : M. Schild

Cause pendante entre :

B. _____ **Z**, à [...], recourant,

et

X. _____, à Lucerne, intimé.

Art. 18 al. 1 et 19 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. a) Le 22 décembre 2015, alors qu'il était au chômage, B._____, né en 1967, a été victime d'un accident lorsqu'il a fait une chute dans les escaliers qui s'est soldée par une fracture-luxation de l'humérus proximal droit avec luxation postérieure gléno-humérale, fracture déplacée du trochin et fracture non déplacée du trochiter ainsi que par une fracture de la malléole externe droite. Avant le chômage, l'assuré, qui n'a pas de formation professionnelle, a travaillé comme manœuvre dans le bâtiment et comme nettoyeur à l'entretien d'une piscine.

Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Du 25 décembre 2015 au 5 janvier 2016, l'assuré a séjourné au [...] pour y subir une intervention chirurgicale, soit une réduction ouverte et ostéosynthèse du trochiter et du trochin, une réduction ouverte de luxation gléno-humérale droite et une réduction ouverte et ostéosynthèse du péroné distal à droite. Selon le rapport du 11 janvier 2016 du Dr T._____, médecin cadre auprès du département de l'appareil locomoteur du [...], et la Dre H._____, médecin assistante, les suites post-opératoires étaient favorables. A la suite de cette intervention, un traitement physiothérapeutique a été prescrit à l'assuré dans un but antalgique et afin d'agir comme anti-inflammatoire, d'améliorer la fonction articulaire ainsi que la fonction musculaire. Le 24 juin 2016, le Dr T._____ a constaté une évolution favorable au niveau de la cheville avec une bonne récupération de la marche, mais, au niveau de l'épaule, il a noté la persistance d'une raideur articulaire sans évolution en physiothérapie. Il a été décidé de réaliser une ablation précoce de matériel et arthrolyse de l'épaule le 29 juin 2016. Les séances de physiothérapie ont ensuite été renouvelées.

b) Le 23 août 2016, le Dr T._____ prévoyait une reprise de travail à 50% dès le 24 septembre 2016 sans port de charge de plus de 10

kg. Le 29 novembre 2016, il envisageait une reprise du travail à 80% dès le 1^{er} janvier 2017 avec port de charge selon tolérance, puis à 100% dès le 15 février 2017.

Depuis le 1^{er} octobre 2016 jusqu'au 11 novembre 2016, l'assuré a travaillé pour Z. _____ SA, son ancien employeur, à environ 50% pour un salaire horaire de 33 fr. 10, et depuis le 12 décembre 2016, il s'est inscrit au chômage à 50%.

c) Le 2 août 2017, le Dr T. _____ a noté que l'évolution locale avait été lentement favorable avec récupération d'amplitudes articulaires fonctionnelles, même si une raideur articulaire persistait, ainsi que quelques douleurs au niveau de son épaule. Il a relevé que l'assuré avait quand même pu travailler à 100% en avril, mai et juin et qu'il était principalement gêné par des douleurs de type hyperesthésie et décharge électrique dans le territoire de la branche superficielle du nerf radial plus ou moins du nerf cutané latéral de l'avant. Afin de réaliser de potentiels sensitifs et essayer de localiser l'origine de ces hyperesthésies qu'il expliquait mal, mais qui étaient très gênantes pour le patient, le Dr T. _____ a adressé l'assuré au Dr R. _____, spécialiste en neurologie au [...], qui a conclu ce qui suit le 26 septembre 2017 :

« Ce patient de 50 ans qui travaille manœuvre dans la construction et entretien des piscines a été victime d'une chute dans les escaliers le 22.12.2015 avec fracture luxation de l'humérus proximale D et fracture de la malléole externe D, traitée chirurgicalement. Il garde depuis ce traumatisme un engourdissement, une allodynie dans la surface dorsale radiale de l'avant-bras et de la main et dans la surface palmaire radiale de l'avant-bras D avec une légère douleur à la mobilité au niveau de l'épaule et il a aussi des paresthésies nocturnes dans la main D avec un blocage du majeur.

L'examen neurologique révèle en effet un déficit sensitif dans le territoire du nerf cutané latéral de l'avant-bras et du nerf cutané postérieur de l'avant-bras avec une allodynie et avec également une participation de la branche du nerf radial superficiel D.

Le bilan électrophysiologique confirme une lésion avec inexcitabilité du nerf cutané postérieur de l'avant-bras D et du nerf cutané latéral de l'avant-bras D et il y a également la présence d'un syndrome du tunnel carpien sensitivomoteur D. L'origine est très probablement ce traumatisme.

J'ai proposé au patient d'augmenter la dose de la Prégabaline® en prenant également 50 mg le matin et à augmenter selon tolérance et efficacité.

Vous allez revoir le patient pour organiser une ablation du matériel d'ostéosynthèse au niveau de la cheville D.
De mon côté, je n'ai pas prévu de contrôle. »

Le 6 octobre 2017, le Dr T._____ a envisagé l'ablation de la plaque de la malléole externe, ainsi qu'une cure de tunnel carpien droit. Ces interventions ont été considérées comme étant toujours en lien de causalité avec l'accident du 22 décembre 2015 par le Dr L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement, un bilan devant être fait en février- mars 2018.

Dans l'intervalle, l'assuré a été employé à 100 % du 4 octobre 2017 au 15 novembre 2017 par Z._____ SA comme collaborateur polyvalent, piscinier, pour un salaire horaire de 33 fr. 10. Il avait déjà été employé par cette entreprise du 1^{er} avril au 30 juin 2017. Il a par ailleurs épuisé ses droits au chômage le 24 novembre 2017.

Puis, les interventions précitées ont été effectuées le 22 décembre 2017, à la suite desquelles le Dr G._____, médecin auprès du service de chirurgie plastique et de la main au [...], a certifié une totale incapacité de travail jusqu'au 26 février 2018.

L'assuré a été soumis à une nouvelle IRM le 13 mars 2018, qui a mis en évidence une tendinopathie des fibres supérieures du sous-scapulaire au contact du foyer fracturaire, ainsi qu'un hyper signal du chef antérieur du deltoïde, sans rupture significative de coiffe. Le résultat de cet examen a conduit le Dr T._____, le 13 avril 2018, à ne pas recommander de prise en charge particulière pour le moment, précisant qu'il reverrait le patient en contrôle radioclinique quatre mois plus tard. Il a ajouté que si la symptomatologie se localisait mieux sur le trochin, il pourrait être discuté d'une résection de cal hypertrophique du trochin plus ou moins réinsertion de la partie haute du sous-scapulaire, mais ne pensait pas qu'une telle intervention pouvait améliorer la symptomatologie pour le moment.

L'assuré a repris son travail à 60% dès le 1^{er} avril 2018, qui consistait à s'occuper de l'entretien des piscines, toujours chez le même employeur. Selon le Dr T._____, une reprise du travail à 60% était en effet possible dès le 1^{er} avril 2018.

d) Le 23 mai 2018, l'assuré a été examiné par le Dr L._____ qui, après une anamnèse complète, a procédé à un examen clinique et à une analyse des plaintes de l'assuré et des diverses pièces médicales au dossier, avant de conclure que l'intéressé pouvait faire valoir une pleine capacité de travail respectant ses limitations fonctionnelles, soit les travaux au-dessus de l'horizontale, le port de charges répétées supérieures à 20 kg, ainsi que les mouvements répétitifs avec la ceinture scapulaire droite.

Le 1^{er} juin 2018, la CNA a avisé l'assuré que l'examen médical avait révélé qu'il n'avait plus besoin de traitement, de sorte qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 30 juin 2018.

e) L'assuré a par ailleurs déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) le 22 août 2016. Par projet de décision du 19 février 2018, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud a rejeté la demande précitée dès lors que l'assuré avait récupéré une capacité de travail de 80% six mois après le dépôt de la demande.

f) Par décision du 2 mai 2019, l'intimée a refusé d'allouer une rente à l'assuré. Elle a indiqué qu'il ressortait de ses investigations que l'assuré était à même d'exercer une activité dans différents secteurs de l'industrie, à la condition d'éviter les travaux au-dessus de l'horizontale, le port répétée de charges supérieures à 20 kg ainsi que les mouvements répétitifs avec la ceinture scapulaire droite. Elle a ajouté que la comparaison des revenus avec et sans invalidité ne révélait aucune perte de gain pour l'assuré. Le revenu sans invalidité a été calculé sur la base du salaire mensuel brut de 2'700 fr. à 60 % perçu auprès de Z._____ SA (100% = 42,5 heures), soit 58'500 francs. Pour établir le revenu avec

invalidité, l'intimée s'est référée aux données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), singulièrement sur la table 1, profil 1, valeur moyenne de la rémunération pour les hommes chargés de tâches physiques ou manuelles simples (5'340 fr. par mois), ce qui représentait 67'405 fr. 97 (après adaptation à l'horaire normal et indexation), dont elle a opéré une déduction de 5% à titre d'abattement en raison des limitations fonctionnelles, ce qui laissait un revenu de 64'035 fr. 67, l'assuré ne subissant ainsi aucune perte. L'intimée a par ailleurs octroyé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15%, soit de 18'900 francs.

Par courrier du 14 mai 2019, l'assuré s'est opposé à cette décision en faisant valoir la continuation de ses douleurs et de ses problèmes de mobilité au niveau de l'épaule, voire même une péjoration de sa situation.

Par décision sur opposition du 17 mai 2019, l'intimée a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 2 mai 2019.

Le 5 juin 2019, l'épaule droite de l'assuré a fait l'objet d'une nouvelle IRM qui a conclu à l'absence de tendinopathie des muscles de la coiffe des rotateurs, à des remaniements dégénératifs de la partie postérieure de la glène avec aspect dégénératif du labrum en regard sans déchirure et une stabilité de l'enchondrome métaphysaire huméral droit d'aspect stable depuis 2015.

B. Par acte du 17 juin 2019, B._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à son annulation et à la poursuite de la prise en charge de ses frais médicaux et au versement des indemnités journalières, subsidiairement à l'allocation d'une rente. Il conteste en substance la stabilisation de son état et disposer d'une pleine capacité de travail.

Dans ses déterminations du 25 juillet 2019, l'intimée a conclu au rejet du recours.

Le 2 septembre 2019, le recourant a produit un avis médical du Dr T._____ du 30 août 2019, dont il ressort que le recourant garde des séquelles de sa fracture/luxation de l'épaule droite datant du 22 décembre 2015 et des limitations fonctionnelles en terme d'amplitude articulaire et de douleurs résiduelles liées à une arthrose débutante, ainsi qu'à une allodynie sur neuropathie des nerfs cutanés postérieurs et latérale de l'avant-bras gauche. Dans ce contexte, ce médecin déclare être d'avis que le fait, pour l'assuré, de garder son emploi à 60% avec une rente pour compléter ses revenus semble l'option la plus réaliste. En ce qui concerne les options thérapeutiques, il propose un suivi selon symptômes et discussion d'une prothèse d'épaule en cas de péjoration des symptômes et de l'arthrose.

Le 10 septembre 2019, l'intimée a maintenu ses conclusions en rejet du recours, précisant que l'ensemble des éléments constatés par le Dr T._____ dans son rapport du 30 août 2019 ont été pris en compte par le Dr L._____ dans son examen du 23 mai 2018. Elle a ajouté que le Dr T._____ ne préconisait pas de traitement propre à améliorer la capacité de travail du recourant.

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 LPGA). Le recours doit être adressé au tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré, dans un délai de 30 jours suivant la notification de la décision querellée (art. 57, 58 et 60 al. 1 LPGA).

La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). Elle 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 a été formé en temps utile (art. 38 et 60 al. 1 LPGA). Il satisfait en outre aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 et ATF 125 V 413 consid. 2c).

b) En l'occurrence, le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance accidents, soit principalement à la prise en charge de ses frais médicaux et au versement des indemnités journalières, subsidiairement à l'octroi d'une rente.

3. a) Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident. Cette disposition a été modifiée dès le 1^{er} janvier 2017, à l'occasion de l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 de la LAA (RO 2016 4375). La version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016 reste toutefois applicable en l'espèce, dès lors que l'accident assuré s'est produit avant le 1^{er} janvier 2017 (art. 1 des dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015).

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.

b) L'art. 8 al. 1 LPGA définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. L'art. 7 al. 2 LPGA précise que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et qu'en outre, il y a incapacité de gain uniquement si celle-ci n'est pas objectivement surmontable.

Pour évaluer le taux d'invalidité, et ainsi le montant de la rente, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui que l'assuré devenu invalide par suite d'un accident pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de traitements et de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail (art. 16 LPGA, auquel renvoie implicitement l'art. 18 al. 2 LAA ; TF 8C_125/2010 du 2 novembre 2010 consid. 2). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des revenus, avec et sans invalidité, et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 et 130 V 343 consid. 3.4 ; TF 9C_163/2017 du 2 mai 2017 consid. 3.1).

Pour établir si on peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il surmonte par ses propres efforts les répercussions négatives de ses problèmes de santé et exerce une activité lucrative et, partant, réalise un revenu, il faut se placer d'un point de vue objectif. L'élément déterminant n'est donc pas la perception subjective de l'intéressé, mais de savoir si on peut objectivement attendre de lui qu'il surmonte ses limitations et exerce une activité lucrative en dépit de ses problèmes de santé (ATF 135 V 215 consid. 7.2 et les références citées).

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

d) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert

soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

Selon la jurisprudence, les rapports des médecins des assureurs peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Selon le Tribunal fédéral, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2).

4. En l'espèce, le recourant fait valoir une mobilité réduite de son bras, des douleurs fréquentes et un manque de sensibilité. Il se réfère à l'IRM du 5 juin 2019 et au rapport médical du 30 août 2019 du Dr T._____.

Le Dr L._____ a constaté la stabilité de l'état de santé du recourant dans son rapport du 23 mai 2018, après avoir fait un examen complet et circonstancié de la situation. Il a tenu compte des déclarations du recourant, selon lesquelles celui-ci prenait occasionnellement une antalgie de Dafalgan, qu'il lui arrivait de prendre quelques gouttes de Tramal et que le Lyrica qu'il avait consommé à une période n'avait rien modifié les symptômes d'insensibilité qu'il gardait sur le bord radial de son

avant-bras droit. Le recourant avait d'ailleurs admis que sa situation médicale était stabilisée et qu'il n'y avait plus d'évolution depuis de nombreux mois. Le Dr L._____ a relevé que le traitement de physiothérapie était terminé depuis juin-juillet 2017. S'agissant de l'épaule droite, le Dr L._____ a notamment observé ce qui suit :

« Activement, l'épaule D a une mobilité en F/E de 110-0-30° pour 170/0-70° à G. En abduction, l'épaule D atteint 80° pour 170° à G. Passivement, on peut amener l'épaule D jusqu'à une abduction maximale de 100°, amplitude au-delà de laquelle on se voit opposé des contreimpulsions déployées par l'assuré.

En RE, le patient peut mettre les 2 mains derrière la nuque sans difficulté alors que la RE, coudes au corps, donne des valeurs de 30° à D pour 60° à G. En RI, la distance pouce-C7 est de 40 cm à D pour 20 cm à G.

L'examen de la coiffe des rotateurs montre un tendon sus-épineux compétent mais on note une force limitée par rapport au côté G. Pour le sous-scapulaire, les tests de Belly-press et de Lift-off sont négatifs bilatéralement. En ce qui concerne le conflit sous-acromial, la force déployée au test de Yocum est limitée à D. Le test de Hawkins est négatif. Les 2 tests sont sp du côté G.

L'articulation acromio-claviculaire D est sensible à la palpation bien qu'on ne détecte aucune instabilité dans les plans antéro-postérieur ou crânio-caudal. Le test de Body-cross est déclaré douloureux du côté D par l'assuré.»

Le Dr L._____ a constaté que l'évolution de la cheville droite était globalement sans particularité, mais que l'épaule droite se caractérisait par une raideur nécessitant une reprise chirurgicale précoce le 29 juin 2016 par le Dr T._____ pour une ablation du matériel d'ostéosynthèse et une arthrolyse. Il a relevé qu'un bilan neurologique avait été demandé auprès du Dr R._____ en raison d'une allodynie sur le bord radial de l'avant-bras et que l'examen neurologique avait démontré un déficit sensitif dans le territoire des nerfs cutanés latéral de l'avant-bras avec participation de la branche superficielle du nerf radial. Un syndrome du tunnel carpien droit a ainsi été mis en évidence. Après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse et la cure du tunnel carpien droite, le médecin a considéré que le recourant avait objectivement une épaule droite mobile globalement jusqu'à l'horizontale et qu'il existait une importante amyotrophie du deltoïde antérieur droit. La force au dynamomètre de Jamar était diminuée de moitié. Il a fixé les limitations fonctionnelles en tenant compte de tout ce qui précède.

Le médecin d'arrondissement a ainsi examiné les plaintes du recourant, notamment celles qu'il invoque à l'appui de son recours, à savoir le manque de mobilité, de force et de sensibilité du bras. Il a pris en considération les avis médicaux et les imageries au dossier.

S'agissant de l'absence de traitement médical susceptible d'apporter une amélioration sensible de l'état du recourant, on relève que le Dr R._____ n'avait pas d'autre proposition thérapeutique que l'ablation du matériel d'ostéosynthèse au niveau de la cheville droite, ce qui a été fait. Pour le reste, les constatations médicales faites par ce médecin rejoignent celles du médecin d'arrondissement.

Le Dr T._____ n'a pas non plus de proposition thérapeutique pouvant améliorer la symptomatologie depuis le 13 avril 2018. Dans son rapport du 30 août 2019, le Dr T._____ se limite à rappeler que le recourant connaît des limitations fonctionnelles en terme d'amplitude articulaire et des douleurs résiduelles liées à une arthrose débutante, ainsi qu'une allodynie sur neuropathie des nerfs cutanés postérieurs et latérale de l'avant-bras gauche. Il ne rapporte pas d'élément nouveau, dont le Dr L._____ n'aurait pas eu connaissance lors de son examen final. Il ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail, évoquant simplement qu'à son avis le maintien de l'assuré dans son activité en cours à 60% semblait représenter l'option la plus réaliste. Il n'a toutefois pas amené d'arguments objectifs pour justifier ce qui n'est qu'une opinion et non pas un véritable constat médical. Ce médecin n'a en particulier pas remis en cause les limitations fonctionnelles retenues par le médecin d'arrondissement. L'IRM du 5 juin 2019 ne révèle pas non plus d'élément nouveau.

En conséquence, les conclusions claires et motivées prises par le médecin d'arrondissement après un examen médical complet peuvent être suivies. Le dossier ne contient pas d'élément permettant de mettre en doute ces constatations. En particulier, le recourant ne peut se prévaloir d'aucun avis médical attestant de l'existence d'un traitement médical susceptible d'améliorer sensiblement son état de santé et aucun

avis médical ne soutient qu'il existerait des limitations fonctionnelles dont l'intimée n'aurait pas tenu compte et qui empêcheraient le recourant d'exercer une activité adaptée à plein temps. Sur la base de ces constatations médicales, l'intimée a retenu à juste titre que l'état de santé du recourant était stabilisé et qu'il était en mesure d'exercer à temps complet une activité respectant ses limitations fonctionnelles.

Il est lieu d'ajouter que la perception subjective du recourant n'est pas déterminante lorsqu'il s'agit d'évaluer la capacité de travail. Le Dr L. _____ a pris en compte la perception subjective du recourant lors de son évaluation, mais a fait un constat objectif de capacité de travail, en évaluant ce qui est exigible du recourant. Cette évaluation de l'exigibilité n'a pas été remise en cause par des arguments objectifs. Compte tenu de l'ensemble du dossier, l'appréciation de l'intimée à cet égard est également bien fondée.

Les griefs du recourant sont ainsi mal fondés et doivent être rejetés.

5. Sur le plan économique, le recourant ne soulevant aucun grief à cet égard et la Cour de céans ne voyant aucune raison pertinente de s'écarter des chiffres exposés dans la décision litigieuse, l'absence de perte de gain doit être confirmée.

6. En l'absence de traitement médical susceptible d'améliorer sensiblement l'état de santé du recourant, l'intimée était ainsi fondée à mettre un terme aux indemnités journalières et à la prise en charge des traitements médicaux, puis à refuser l'octroi d'une rente compte tenu de l'absence de perte de gain.

7. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

b) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires.

c) Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens, pas plus que l'intimée en sa qualité d'assureur social (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205).

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

I. Le recours déposé le 17 juin 2019 par B. _____
est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 17 mai 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 :

Le greffier :

Du

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

- B. _____,
- la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- l'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).

Le greffier :