

VD_FINDINFO Arrêt / 2020 / 278 vom 24. Juli 2020

VD Tribunal cantonal, 2020-07-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2020__278

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2020 / 278 du 24 juillet 2020

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2020 / 278 del 24 luglio 2020

Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, INDEMNITÉ POUR ATTEINTE À L'INTÉGRITÉ, CONDITION DU DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE, LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-ACCIDENTS, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ | 18 LAA, 19 LAA, 24 LAA, 25 LAA, 6 LAA, 16 LPGA

Erwägungen

E. 16

janvier 2018, il soutient que sa capacité de travail est nulle en toute activité. Il conteste que son état de santé soit stabilisé et en veut pour preuve le fait qu'il a rendez-vous le 6 février 2018 avec le Dr C._____, rappelant que ce dernier préconisait dans un courrier du 22 décembre précédent un test de stimulation médullaire. Il expose également qu'il doit faire une IRM de son poignet gauche chez le Dr B._____ de l'Unité de chirurgie et de rééducation de la main aux Y._____ le 12 février 2018. Par ailleurs, l'assuré fait valoir qu'il réalisait un salaire horaire de 35 fr. avant son accident, soit un revenu mensuel compris entre 6'370 et 6'900 fr., treizième salaire compris. Il annonce la production prochaine de fiches de salaire attestant de son revenu sans invalidité. Il ressort du courrier que le Dr N._____ a adressé au conseil de l'assuré le 16 janvier 2018 notamment ce qui suit (sic): « Les diagnostics actuels sont : - Tendinite de De Quervain avec évolution défavorable. - Douleurs neuropathiques de l'avant-bras g suite aux trois interventions chirurgicales sur différents nerfs de l'avant-bras. - Trouble de l'adaptation mixte, anxieuse et dépressive. - Hypothyroïdie consécutive à une maladie de Basedow traitée par iode radioactif - Migraines - Reflux gastro-oesophagien Parmi ces diagnostics deux ont une grande répercussion sur la capacité de travail. Les douleurs neuropathiques sont la maladie de base. Les douleurs sont présentes au repos et exacerbées par tous les mouvements du poignet et du pouce. Les répercussion sur la vie sont donc évidentes. Le problème de ces douleurs est qu'elles sont souvent résistantes aux traitement antidouleurs classiques. Elles répondent mieux aux médicaments antiépileptiques. Tant les antalgiques classiques que les antiépileptiques se sont avérés inefficaces chez Monsieur I._____. Une demande est en cours pour un traitement par neuromodulateur soit une sonde électrique qui vient en contact avec la moelle épinière et qui atténue la douleur. Ces douleurs chroniques ont actuellement des répercussions grave sur la vie affective de Monsieur I._____. En effet, peu avant les fêtes il est venu me voir suite à un épisode violent qu'il a eu envers son épouse, violence qu'il attribue au côté épuisant de ses douleurs qui ne lui permettent plus un contrôle total de ses émotions. Le deuxième problème important est le problème du trouble de l'adaptation. Monsieur I._____ vit mal cette situation mais en même temps il est difficile de mesurer le bénéfice qu'il peut retirer à ces douleurs. Vous lirez en page 5 du rapport de janvier 2014 de la clinique romande de réadaptation les chapitres « participation du patient » et « des

incohérences ont été relevées ». De même, dans le consilium psychiatrique du 3 décembre 2013, à l'avant-dernière ligne il est mentionné que Monsieur I. _____ « est peu accessible à une démarche psycho-thérapeutique ». Une forme de résistance au traitement semble présente, probablement générée par l'échec des premiers traitements. Ces deux problèmes, physiques et psychiatriques rendent le pronostic de guérison très sombre, en particulier dans métier manuel et chez un patient peu ouvert à ce type de considération. Les autres diagnostics n'ont pas de répercussions sur la capacité de travail. Les migraines sont toutefois une douleur de plus qui, dans un cas de douleurs chroniques, sont encore plus mal vécues. » Il ressort du courrier du 12 février 2018 que le Dr B. _____ a adressé au médecin conseil de la CNA notamment ce qui suit (sic) : « Je revois Monsieur I. _____ dans le cadre d'un traumatisme du poignet gauche survenu le 27. 7.2012 pour lequel il persiste des douleurs (voir courrier précédent). Je lui avais demandé un arthro IRM pour faire un bilan du cartilage et un bilan ligamentaire. L'arthrographie montre une fuite pyramido lunaire et scapho lunaire. Le cartilage radio carpien et à l'étage médio carpien apparaît intact. On note au niveau des coupes coronales une intégrité de l'insertion scapho lunaire antérieure et postérieure mais avec des fibres remaniées au niveau de la portion intermédiaire qui explique par ailleurs la fuite. Il n'y a pas de désaxation en DISI du semi lunaire. Au total, il ne présente pas de lésion séquellaire d'arthrose. Son problème principal est lié aux douleurs et au manque de mobilité. Je crains qu'une intervention en visant à redonner de la mobilité ne l'entretienne dans un secteur de mobilité qui devienne encore plus douloureux. Pour la douleur, une dénervation a déjà été réalisée et s'est révélée infructueuse avec persistance de douleur au niveau de la colonne du pouce. Compte tenu de son travail de force la situation est difficile à prendre en charge car une intervention de reconstruction articulaire est excessive et sachant que la douleur est au premier plan et qu'une dénervation a déjà été réalisée, l'arsenal thérapeutique apparaît bien maigre. A priori, ce type de lésion ne devrait pas évoluer vers de l'arthrose secondaire. Je ne peux que l'encourager à porter une attelle pour le soulager la nuit ou en cas de mouvement de force mais en l'état actuel, je pense qu'il ne faut pas lui proposer d'intervention (l'arthroscopie risque d'être particulièrement délicat sur un poignet remanié après dénervation sans garantie pour autant d'avoir un résultat à ce niveau). » Par décision sur opposition du 23 mars 2018, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré et a confirmé la décision du 23 juin 2017. La CNA a notamment considéré qu'il ressortait clairement du rapport final du Dr Z. _____ que l'état de santé de l'assuré était stabilisé. Par ailleurs, elle a estimé que les troubles psychiques invoqués par l'assuré étaient sans lien de causalité avec l'accident assuré de sorte qu'il était justifié de ne se baser que sur les « faits médicaux organiques » retenus par le Dr Z. _____ pour examiner le droit à la rente. A cet égard, la CNA a notamment considéré ce qui suit : « En l'espèce, au plan médical, fondé sur l'ensemble du dossier, compte tenu des seules séquelles physiques objectivables de l'accident assuré, vu notamment les rapports de la A. _____ des 6 janvier et 3 décembre 2014, et enfin celui du 29 juin 2015 des docteurs V. _____ (cité supra) et [...] et les conclusions du Dr X. _____ susmentionnées, le Dr Z. _____ (rapport cité supra), après un examen personnel de l'assuré, a pris en compte les limitations fonctionnelles définitives suivantes retenues à la A. _____ : port de charges lourdes répétitif, travail nécessitant de la force répétitive du membre supérieur gauche, mouvements répétitifs avec le poignet surtout en pro supination, en ajoutant que la capacité de travail de l'intéressé est entière dans une activité privilégiant le contrôle et la surveillance au travail purement manuel. Certes, le médecin traitant de l'opposant, le Dr N. _____ (cité supra) a un avis divergent. Mais il tient compte en cela aussi de troubles et de plaintes que

l'assurance-accidents obligatoire écarte au sens de tout ce qui précède. [...] Au total, vu tout ce qui précède, force est de rappeler l'entière valeur probante accordée aux conclusions du Dr Z._____.

5.3.1 Le revenu d'invalidé de CHF 4'970/mois (CHF 59'634/an) a été déterminé, en l'espèce, sur la base des données salariales résultant des descriptions de postes de travail (DPT). Ces DPT ressortent d'une banque de données, continuellement actualisée, élaborée par la Suva, qui recense des postes de travail existants dans l'économie et contient des indications aussi bien sur le salaire versé que sur les exigences physiques nécessaires ou la formation requise. Cette documentation ne sert pas à procurer à l'assuré un emploi, mais uniquement à déterminer le revenu d'invalidé sur la base de possibilités d'emploi concrètes et exigibles. Selon la jurisprudence, la détermination du revenu d'invalidé par le biais des DPT suppose, en sus de la production d'au moins cinq DPT, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence (ATF 129 V 472, cons. 4.2.2). L'opposant, s'est d'emblée limité à considérer que ce montant était trop élevé. Après avoir dûment pris connaissance du dossier, en toute connaissance de cause, même à titre subsidiaire, il ne conteste ni le choix ni la représentativité des DPT retenues à l'aune des conclusions médicales pour rendre la décision ici en cause. Il se limite à se déclarer totalement invalide. Il n'a dès lors aucun motif s'écarter du revenu dit d'invalidé de CHF 59'634.

5.3.2 Pour fixer le gain de valide, il faut établir au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait réellement pu obtenir sans l'accident. Selon une jurisprudence constante, le gain de valide est généralement fixé sur la base du dernier revenu effectivement réalisé avant l'atteinte à la santé, en posant la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité (ATF 96 V 29; RAMA 1993, p. 100, cons. 3b). En l'occurrence, fondé sur les renseignements dûment transmis le 26 mai 2017 par l'ex-employeur de l'assuré, le revenu de valide 2017 a été fixé à CHF 63'478 [CHF 26.83/h x 42h/sem. (x 52 sem. + 13 (8.33%))]. L'opposant se limite à alléguer un revenu supérieur, au motif que son revenu horaire aurait été de CHF 35, et, après y avoir encore été invité, n'a en définitive produit aucun document à cet égard.

5.3.3 La comparaison de ces revenus hypothétiques laisse apparaître un taux d'incapacité de gain de 6%, soit, comme l'indique la décision attaquée, un préjudice économique inférieur au seuil légal de 10%. » En ce qui concerne le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, la CNA a retenu ce qui suit : « En l'occurrence, au plan médical, fondé sur l'ensemble du dossier, compte tenu des seules séquelles physiques objectivables de l'accident assuré, selon le Dr Z._____ (rapport cité supra), en référence à la table 3 du barème de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, détail N° 2870/3. -2000, un taux de 10% peut être retenu, la situation correspondant à une perte fonctionnelle de 25% de la main G (25% de 40% = 10%). A cet égard, il suffit de constater que l'opposant se limite à faire valoir un droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité en raison d'une incapacité de travail totale et, partant, de renvoyer à la spécificité de ladite indemnité telle que décrite plus haut (cons. 6.1 supra). Rien ne permet de mettre en doute l'avis du Dr Z._____ à ce titre non plus. » B. Par acte du 8 mai 2018 de son conseil, I._____ a recouru contre la décision sur opposition de la CNA du 23 mars 2018 devant la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice de la République et Canton de Genève. Par arrêt du 27 juin 2018, dite instance judiciaire a déclaré le recours irrecevable et a transmis la cause à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois le 27 septembre 2018. Le recourant conclut à la réforme de la décision dont est recours, en ce sens qu'une rente

entière d'invalidité et une indemnité pour atteinte à l'intégrité dont le montant sera précisé en cours d'instance lui sont octroyées. Il nie la capacité de travail résiduelle retenue par la CNA, estimant qu'il est dans l'incapacité d'exercer une quelconque activité professionnelle en raison des séquelles dues à l'événement du 12 juillet 2012. Par ailleurs, le recourant conteste les revenus avec et sans invalidité pris en compte pour le calcul de son droit à une rente d'invalidité. Enfin, le recourant s'insurge contre l'indemnité de 10 % pour atteinte à l'intégrité qui lui a été allouée, qu'il estime trop faible. Il a produit un bordereau de pièces et a requis d'être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire. Dans le délai prolongé à la demande du recourant, celui-ci a, par écriture du 28 mars 2019 complété son acte de recours. Il fait valoir que le revenu sans invalidité retenu par l'intimée est erroné (26 fr. 85) et soutient que, conformément au contrat de mission qui le liait à S. _____, son salaire horaire brut s'élevait à l'époque à 32 fr. 50. Il allègue que son dernier salaire annuel s'élevait à 78'075 fr, ce qui correspond à un salaire mensuel de plus de 6'500 francs. Le recourant conteste également le revenu d'invalidité retenu, soit 4'970 fr. mensuels, en expliquant qu'il ne peut plus travailler que dans un domaine administratif et que, ne parlant et n'écrivant pas le français de façon satisfaisante et ne disposant d'aucune formation dans ce domaine, il ne pourrait prétendre à un salaire supérieur à 4'230 fr. par mois, conformément au « calcul national des salaires », qu'il produit en copie. Cela étant, il fait valoir que sans une formation adéquate dispensée par la CNA, sa capacité de gain est de 0 %, ce qui justifie l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Sur le plan médical, le recourant soutient que son état de santé pourrait être amélioré grâce à une neuromodulation (Dr C. _____), qu'il ressort par ailleurs des rapports du Dr B. _____ des 26 janvier et 12 février 2018 produits en copie que son état de santé n'est pas stabilisé, de sorte que la CNA a le devoir de poursuivre les mesures prises à l'époque. En outre, il fait valoir qu'ayant subi une intervention chirurgicale de l'épaule droite en 2018, son état de santé s'est aussi péjoré, l'intimée doit prolonger sa prise en charge. Enfin, il requiert un délai supplémentaire pour produire les documents attestant l'atteinte à son épaule. Cela étant, le recourant confirme ses conclusions, en se déclarant prêt, si la Cour de céans juge ce moyen plus approprié, à suivre les mesures de réinsertion et de réintégration que l'intimée doit lui dispenser. Par réponse du 24 juin 2019, l'intimée a conclu au rejet du recours. Sur le plan médical, l'intimée fait valoir que le Dr C. _____ - qui n'a pas répondu à sa demande de complément d'information du 3 janvier 2018 – ne rend pas vraisemblable que le traitement proposé serait susceptible d'augmenter voire de rétablir la capacité de travail du recourant. Pour le surplus, elle relève que le Dr B. _____ a finalement retenu que le recourant ne présente pas de lésion séquellaire d'arthrose et que son problème principal est lié aux douleurs et au manque de mobilité, de sorte qu'il disait craindre qu'une intervention « en visant à redonner de la mobilité ne l'entretienne dans un secteur de mobilité qui devienne encore plus douloureux. Pour la douleur, une dénervation a déjà été réalisée et s'est révélée infructueuse avec persistance de douleur au niveau de la colonne du pouce [...] Je ne peux que l'encourager à porter une attelle pour le soulager la nuit ou en cas de mouvement de force mais en l'état actuel, je pense qu'il ne faut pas lui proposer d'intervention (l'arthroscopie risque d'être particulièrement délicate sur un poignet remanié après dénervation sans garantie pour autant d'avoir un résultat à ce niveau) ». Cela étant, l'intimée persiste à considérer que l'état de santé du recourant est stabilisé depuis le 30 juin 2017. En ce qui concerne les critiques du recourant quant au calcul du degré d'invalidité, l'intimée relève que le salaire horaire figurant sur son contrat de mission avec S. _____, 32 fr. 50, tient compte de suppléments de 8,33 % pour le droit aux vacances, 3,2 % pour le

droit aux jours fériés et 8,33 % sur ce total pour tenir compte du 13^{ème} salaire. Elle expose que, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, elle a déduit les jours correspondant de vacances et de congé du temps de travail annuel (TF 8C_520/2016 du 14 août 2016), de sorte que le montant de 26 fr. 83 retenu, en tant qu'il est multiplié par 42 heures hebdomadaires, puis par 52 (horaire annuel) et additionné d'un supplément de 8,33 %, ne viole pas le droit et doit être confirmé. En ce qui concerne le revenu d'invalidité, l'intimée se réfère entièrement à sa décision sur opposition et relève, au surplus, que si l'invalidité devait être calculée sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS), il n'en résulterait aucune invalidité. Enfin, l'intimée considère que l'atteinte à l'épaule évoquée par le recourant est totalement étrangère à l'événement du 19 juillet 2012 qui concernait uniquement sa main gauche et qu'elle n'a par ailleurs pas fait l'objet d'une annonce. Dans sa réplique du 3 octobre 2019, le recourant conteste l'entier des arguments de l'intimée. Il confirme l'entier de ses écritures et requiert d'être entendu par le tribunal. Par écriture du 24 octobre 2019, l'intimée maintient ses conclusions en relevant que le recourant n'allègue aucun fait nouveau de sorte qu'elle renonce à dupliquer. A toutes fins utiles, elle relève que les mesures de réadaptation professionnelle ne font pas partie du catalogue de prestations offert par l'assurance-accident, mais plutôt de l'assurance-invalidité. Elle rappelle à cet égard que le droit du recourant à de telles mesures a été examiné par l'OAI en 2013 et a été rejeté au motif que l'intéressé ne s'était pas présenté aux différentes invitations à un entretien en vue d'évaluer sa situation personnelle et professionnelle. Par décision du 25 novembre 2019, la juge instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaires à compter du 8 mai 2018 et a désigné Me Jean-Pierre Wavre en qualité de conseil d'office. Le 12 décembre 2019, le conseil du recourant a produit la liste de ses opérations pour la période du 10 août 2017 au 12 décembre 2019. Les honoraires proprement dits s'élèvent à 2'409 fr. 60, les débours à 93 fr. 20 et la TVA, par 7,7 % à 194 fr. 14. La note se monte ainsi au total à 2'696 fr. 94 pour 17,39 heures de travail. E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (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 peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, le recours a été déposé en temps utile et a été transmis au tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) le 27 septembre 2018 conformément à l'arrêt du 27 juin 2018 de la Chambre des assurances sociales de la République et Canton de Genève. Il respecte les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. 2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1). b) En l'espèce, le litige a pour objet le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents et le

taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité retenu par l'intimée. c) On précisera que les modifications introduites par la nouvelle 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]). 3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). b) Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à 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 cessant dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA). Conformément à l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, 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 est réputée incapacité de gain, 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 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) 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 (anamnèse), 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). S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le

rapport de confiance qui les lie à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb p. 353 et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). 4. a) En ce qui concerne le droit à la rente d'invalidité, le recourant conteste le point de vue de l'intimée, en tant que celle-ci se base sur l'évaluation médicale du Dr Q. _____ du 3 avril 2017, selon laquelle la capacité de travail est totale dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles décrites par le Dr V. _____ de la A. _____ dans son rapport du 29 juin 2015 : activité privilégiant le contrôle et la surveillance au travail purement manuel et ne nécessitant pas le port de charges lourdes répétitives, ni force répétitive du membre supérieur gauche, ni mouvements répétitifs avec le poignet surtout en pro supination. Il fait valoir que son état de santé n'est pas encore stabilisé et qu'il est dans l'incapacité d'exercer une quelconque activité professionnelle en raison des séquelles dues à l'événement du 12 juillet 2012, de sorte qu'une rente d'invalidité de 100 % doit lui être servie. Pour sa part, l'intimée estime que l'examen final de son médecin d'arrondissement repose sur une connaissance complète du dossier médical et que ses conclusions, objectives et motivées, sont convaincantes et ont ainsi pleine valeur probante. b) Dans son rapport d'examen final du 3 avril 2017, le Dr Z. _____ décrit les circonstances de l'accident dont l'assuré a été victime le 19 juillet 2012 telles que les lui a rapportées l'intéressé. Il rappelle dans le détail les diverses interventions chirurgicales qui ont suivi, à savoir une cure chirurgicale par plastie d'élargissement du 1^{er} compartiment des extenseurs du poignet gauche pour traitement d'une téno-synovite sténosante (cf. protocole opératoire du 11 décembre 2012, respectivement 30 avril 2013 du Dr Q. _____), une exérèse chirurgicale d'un kyste arthro-synovial dorsal du poignet gauche le 3 septembre 2013 (cf. rapport du 9 septembre 2013 du Dr Q. _____), une libération du contenu de la 1^{ère} coulisse des extenseurs du poignet gauche et une neurolyse des branches superficielles du nerf radial (cf. protocole post-opératoire du 13 mai 2014 du Dr X. _____) et une dénervation du nerf interosseux dorsal du poignet gauche le 20 septembre 2016 (cf. protocole opératoire établi le même jour par le Dr J. _____). Le Dr Z. _____ fait part des constatations et des

conclusions indiquées dans les rapports du Dr V. _____ de la A. _____ à la suite des deux séjours de trois semaines de l'intéressé dans cet établissement, le premier, du 27 novembre au 17 décembre 2013, le second, du 20 mai au 16 juin 2015. Après avoir fait état des plaintes du recourant lors de l'examen clinique du 3 avril 2017, à savoir la persistance de douleurs sur le versant radial du poignet gauche, s'étendant à la base du pouce et au médius, constantes mais nettement aggravées par l'usage de la main, qu'il s'efforce quand même d'intégrer dans les activités quotidiennes, le médecin d'arrondissement expose que l'assuré lui a indiqué qu'il ne suivait plus de traitement, sauf une médication avec de l'Ibuprofène 600, du Dafalgan® et des gouttes de Tramadol® que l'intéressé a admis ne pas prendre certains jours. C'est son médecin traitant qui le suit, le Dr N. _____. Il consulte toujours un psychiatre mais ne prend pas d'antidépresseurs. Suit l'exposé des constatations du Dr Z. _____ lors de l'examen clinique, qui se résume à « une limitation fonctionnelle un peu globale du poignet gauche, s'étendant au pouce et très partiellement aux doigts longs dans les suites d'un traumatisme en hyperextension du poignet et du pouce gauche ayant donné lieu à des interventions itératives, sans qu'on parvienne à se convaincre d'une véritable raideur articulaire ou d'un obstacle mécanique clair au libre jeu des tendons ». Il relève à cet égard que les constatations faites lors de l'intervention du 7 mai 2014, qui n'a retrouvé que des adhérences lâches, lui semblent particulièrement significatives. Ainsi, selon le Dr Z. _____, qui a préalablement pu constater lors de l'examen que l'assuré parvenait à lacer ses chaussures avec beaucoup d'habileté et de célérité et dont la thymie semble rétablie (par rapport à son examen du 22 octobre 2013), l'ampleur du handicap, au demeurant variable, n'est que partiellement explicable par les constatations médicales objectives. Au final, il indique une évolution finalement assez favorable et une main gauche tout à fait fonctionnelle même si elle manque de force. Il retient comme limitations fonctionnelles celles qui ont été décrites lors du dernier séjour de l'assuré à la A. _____ (cf. rapport du 29 juin 2015) et conclut que l'intéressé a recouvré une pleine capacité de travail dans une activité respectant celles-ci, soit privilégiant le contrôle et la surveillance au travail purement manuel. Les constatations et les conclusions du médecin d'arrondissement de la CNA sont largement corroborées par celles des spécialistes de la A. _____ ainsi que cela ressort du rapport du Dr V. _____ du 29 juin 2015. On relèvera en particulier qu'aucun diagnostic orthopédique ni neurologique n'a été retenu. Sur le plan psychique, aucun signe d'une psychopathologie évolutive n'a été constaté, une évolution favorable par rapport au premier séjour étant relevée. Les spécialistes relevaient par ailleurs que l'assuré était centré sur la douleur et se montrait très démonstratif ; sa participation aux thérapies était jugée faible. De même, l'intéressé ne montrait que peu d'entrain pour les tâches demandées lors des ateliers professionnels, son comportement étant marqué par des plaintes dès qu'il devait intégrer son membre supérieur gauche. Ils étaient d'avis que les plaintes et les limitations fonctionnelles exprimées ne s'expliquaient pas principalement par les lésions objectives constatées, des facteurs contextuels et une kinésiophobie étant relevés. Parmi les incohérences mises en avant, ils notaient en particulier une discordance entre ce que l'assuré était capable de faire en-dehors des thérapies et des ateliers et ce qu'il acceptait de faire lors de ceux-ci : ils relevaient par exemple que le recourant se servait facilement de son téléphone portable et nageait par le crawl en piscine. Le même constat était fait en ce qui concerne les examens cliniques. Enfin, ils soulignaient le fait que le recourant n'avait pas donné suite à la proposition qui lui avait été faite en coordination avec l'OAI pour effectuer une mesure d'évaluation de ses capacités professionnelles. Au final, les spécialistes de la A. _____ concluaient en juin 2015 déjà que la situation était stabilisée

sur le plan médical et que le recourant avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : pas de port répétitif de charges lourdes, de travail nécessitant de la force répétitive du membre supérieur gauche ainsi que des mouvements répétitifs avec le poignet surtout en pro supination. Au vu de ce qui précède, force est de reconnaître que le rapport d'examen final du 3 avril 2017 du médecin d'arrondissement de la CNA est en tous points conforme aux exigences de la jurisprudence en la matière. Les rapports médicaux produits par le recourant à l'appui de son recours ne remettent nullement en doute les conclusions claires et motivées du Dr Z._____. Les rapports des 26 janvier et 12 février 2018 du Dr B._____ ne révèlent en effet pas une situation qui n'aurait pas été prise en compte par la CNA. En substance, ce spécialiste indique que l'assuré ne présente pas de lésion séquellaire d'arthrose et que le problème principal est lié aux douleurs et au manque de mobilité. Il ne recommande pas de nouvelle intervention chirurgicale visant à redonner de la mobilité au poignet gauche. Seul le port d'une attelle la nuit ou en cas de mouvement de force étant indiqué. Ainsi, les observations du Dr B._____, qui ne se prononce aucunement par ailleurs sur la capacité de travail résiduelle du recourant, ne sont pas en contradiction avec les pièces médicales au dossier, mais tendent plutôt à corroborer le point de vue des Drs Z._____ et V._____. Le rapport que le Dr N._____ a adressé au conseil du recourant le 16 janvier 2018, s'il évoque un pronostic sombre pour une reprise de travail, ne se prononce toutefois nullement sur la capacité résiduelle de travail de son patient. Cela étant, il y a lieu de retenir qu'une activité professionnelle adaptée aux limitations fonctionnelles, donc ne sollicitant pas trop son poignet gauche, est exigible depuis le 3 avril 2017. Au surplus, la Cour de céans relève que c'est en vain que le recourant invoque à l'appui de ses allégations le rapport du Dr C._____ du 22 décembre 2017. En effet celui-ci expose, en ce qui concerne la douleur au poignet gauche du recourant, que dès lors qu'il n'y pas d'indication à une nouvelle intervention chirurgicale, il reste toutefois la possibilité d'une neuromodulation. Comme le relève l'intimée, ce grief a déjà été traité dans la décision sur opposition et il doit être rejeté, un tel traitement ne garantissant pas d'amélioration sensible de l'état de santé du recourant (cf. TF 8C_202/2017 arrêt du 21 février 2018, consid. 3). En outre, cette procédure recommandée par le Dr C._____ ne constitue pas une entrave à l'exercice d'une activité professionnelle en accord avec les limitations fonctionnelles tenant compte de la particularité du poignet gauche du recourant. Par ailleurs, ce dernier, respectivement le Dr C._____, ne rendent pas vraisemblable que ce traitement serait susceptible d'augmenter, voire de rétablir la capacité de travail du recourant. Au demeurant, il convient de relever que, sollicité par la CNA pour qu'il précise les raisons de l'indication d'un tel traitement par courrier du 3 janvier 2018, le Dr C._____ n'a jamais répondu. c) Le recourant fait encore valoir que son état de santé s'est péjoré en raison des séquelles d'une intervention chirurgicale à l'épaule droite. Il n'a toutefois produit aucune pièce médicale à ce sujet, malgré le délai qui lui a été accordé pour ce faire. Peu importe toutefois. En effet, selon une jurisprudence constante le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (cf. ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, comme le prétend le recourant en l'espèce, doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 précité). Au demeurant, la Cour de céans relève que le recourant n'a pas annoncé d'accident en lien avec les prétendues lésions qui persistent à l'épaule droite. Au surplus, les mesures de réadaptation professionnelles que le recourant réclame aujourd'hui, alors

qu'il n'a pas donné suite à la proposition d'évaluation de ses capacités professionnelles faite en coordination avec l'OAI à l'issue de son second séjour à la A. _____, ne font pas partie du catalogue des prestations offertes par l'assurance-accident. d) Au vu de ce qui précède, il y a lieu de considérer que la capacité de travail du recourant est, depuis le 3 avril 2017, entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites dans le rapport de la A. _____ du 29 juin 2015. 5. Reste à examiner le degré d'invalidité présenté par le recourant, compte tenu de sa capacité totale de travail dans une activité adaptée. a) A titre liminaire, on notera que selon la jurisprudence relative au principe d'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale, l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (cf. ATF 131 V 362 consid. 2.3). Plus particulièrement, l'assureur-accidents ne répond que des conséquences des atteintes à la santé qui sont en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré ; c'est pourquoi l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-accidents n'a pas de force contraignante absolue pour l'assurance-invalidité, et vice-versa (ATF 133 V 549 consid. 6.2 et 6.4 et 131 V 362 consid. 2.2.1 et 2.2.2). Il est donc admissible d'évaluer l'invalidité du recourant indépendamment de l'appréciation émise en matière d'assurance-invalidité. b) 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 (cf. 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 procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit (éventuel) à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent alors être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue être prises en compte (ATF 129 V 222, consid. 4, 128 V 174, consid. 4.1 et 4.2). c) Pour fixer le revenu d'invalide, on se fondera sur un revenu hypothétique lorsque l'assuré ne met pas – ou pas pleinement – à profit sa capacité de travail après l'accident. Dans ce cas, la jurisprudence a dégagé deux méthodes d'évaluation du revenu d'invalide, entre lesquelles le Tribunal fédéral a renoncé à donner la préférence ; la première se fonde sur les données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique (OFS) dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), tandis que la seconde repose sur les données salariales résultant de descriptions de postes de travail (DPT) récoltées par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 et les références citées). Selon la jurisprudence, la détermination du revenu d'invalide sur la base des données salariales résultant des DPT suppose, en sus de la production d'au moins cinq DPT, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2). d) En l'occurrence, l'intimée a déterminé le revenu d'invalide sur la base des données salariales résultant de cinq DPT, et a ainsi retenu un revenu mensuel de 4'970 francs. Le recourant ne porte aucune critique sur les DPT

retenues. Avec raison, dès lors que dans le choix des DPT, la CNA a pris en compte les limitations fonctionnelles décrites par le Dr V. _____ dans son rapport du 29 juin 2015, corroborées par le Dr Q. _____ et non contestées par les autres médecins consultés. Les DPT choisies par la CNA ne sont donc pas critiquables. Cette dernière a en outre respecté les conditions imposées par la jurisprudence en la matière (cf. consid. 5c supra). Le revenu moyen d'invalidé retenu par l'intimée ne prête ainsi pas le flanc à la critique. C'est en vain que le recourant conteste pouvoir être en mesure de réaliser un tel revenu dès lors qu'il maîtrise mal le français et ne dispose d'aucune formation reconnue en Suisse. Selon lui on ne saurait tenir compte d'un revenu d'invalidé supérieur à 4'230 fr., montant qui ressort du document intitulé « calculateur national des salaires » pour un employé de bureau dans le canton de Vaud. C'est ici le lieu de rappeler que pour calculer le degré d'invalidité, on ne saurait se fonder sur le revenu que pourrait procurer le métier que l'assuré souhaiterait exercer en tant qu'invalidé. Conformément à la jurisprudence rappelée plus haut, lorsqu'un assuré ne met pas à profit sa capacité de gain, il y a lieu de se fonder sur les données salariales résultant de descriptions de postes de travail (DPT) récoltées par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 et les références citées) ou celles résultant de l'ESS. On ajoutera que dans le cas d'espèce, le résultat ne serait pas différent si l'on recourait à l'ESS (cf. calcul de l'intimée du 24 juin 2019). e) Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1). C'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par la personne assurée avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (cf. ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; cf. TF 9C_719/2015 du 3 juin 2016 consid. 6.2). En l'occurrence, pour déterminer le revenu sans invalidité du recourant, l'intimée s'est fondée sur les indications fournies par l'ancien employeur du recourant (26 fr. 83 x 42 heures hebdomadaires x 52 semaines + 8,33 % pour tenir compte du 13^{ème} salaire), ce qui correspond à un revenu mensuel de 4'970 francs. Certes, elle n'a pas indexé le salaire à 2017, naissance du droit à une rente. Toutefois, à près indexation de ce montant à 2017 (+ 0,7 % en 2014, + 0,3 % en 2015 + 0,6 % en 2016 et + 0,4 % en 2017 [Office fédéral de la statistique OFS, Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 1990-2015]), on aboutit à un revenu mensuel sans invalidité de 5'289 fr. 80. La comparaison de ce revenu avec le revenu d'invalidé déterminé sur la base des DPT (4'970 fr.) conduit à constater que le degré d'invalidité est dès lors d'à peine plus de 6 % environ, ce qui exclut le droit à une rente d'invalidité, le minimum légal étant de 10 %. La décision sur opposition est ainsi bien fondée en ce qui concerne le droit à une rente d'invalidité. 6. a) Le recourant reproche également à l'intimée une estimation incorrecte de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (10 %) à laquelle il a droit, sans autre précision quant au pourcentage. b) Aux termes de l'art. 24 al. 1 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il 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'indemnité pour atteinte à l'intégrité a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident (Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur l'assurance-accidents, du 18 août 1976, in : FF 1976 III p. 171). Elle ne sert pas à réparer les conséquences économiques de l'atteinte, qui sont indemnisées au moyen d'une rente d'invalidité, mais joue le rôle d'une réparation morale. Elle vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références citées). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (FR é SARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit [SBVR] vol. XIV, 3ème éd., Bâle 2016, p. 998 n. 311). Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (ATF 133 V 224 consid. 5.1 ; ATF 115 V 147 consid. 1 ; ATF 113 V 218 consid. 4b ; TF 8C_812/2010 du 2 mai 2010 consid. 5.2). Une atteinte à l'intégrité au sens de l'art. 24 al. 1 LAA consiste généralement en un déficit corporel – anatomique ou fonctionnel –, mental ou psychique. La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales. L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (TF 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.2 et les références citées). Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'IPAI est échelonnée selon la gravité de l'atteinte, qui s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même ; elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour l'assuré concerné (ATF 115 V 147 consid. 1 et 113 V 218 consid. 4b et les références citées). L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème – reconnu conforme à la loi et non exhaustif – des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent (ATF 124 V 29 consid. 1b ; ATF 113 V 218 consid. 2a). Il représente une « règle générale » (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). En vue d'une évaluation encore plus affinée de certaines atteintes, la Division médicale de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) a établi des tables d'indemnisation. Ces tables n'ont pas valeur de règle de droit et ne sauraient lier le juge. Dans la mesure, toutefois, où il s'agit de valeurs indicatives destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; ATF 116 V 156 consid. 3a ; RAMA 1998 n° U 296 p. 235, U 145/96 consid. 2a). c) En l'espèce, dans son rapport du 3 avril 2017, le Dr Z. _____ – seul médecin à s'être prononcé sur la question – a retenu qu'en présence d'une main gauche tout à fait fonctionnelle même si elle manque de force, soit d'une perte fonctionnelle de 25 % de la main gauche, un taux d'indemnisation de 10 % pouvait être retenu (25 % de 40 %). Il s'est ainsi référé à la table 3 du barème d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA et plus spécifiquement au tableau détaillé n° 2870/3.-2000 de la CNA. Le recourant étant droitier, l'appréciation du Dr Q. _____ échappe à la critique, quoi qu'en dise l'assuré, ce

d'autant qu'il n'est contredit par aucun autre médecin. 7. Le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) comprend notamment le droit pour l'intéressé de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 143 V 71 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 135 II 286 consid. 5.1). Il n'y a toutefois pas violation du droit à l'administration de preuves lorsque la mesure probatoire refusée est inapte à établir le fait à prouver, lorsque ce fait est sans pertinence ou lorsque, sur la base d'une appréciation des preuves dont elle dispose déjà, l'autorité parvient à la conclusion que les faits pertinents sont établis et que le résultat de la mesure probatoire sollicitée ne pourrait pas modifier sa conviction (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1). En l'espèce, la Cour de céans ayant été en mesure de statuer sur la base des éléments médicaux figurant au dossier, la requête tendant à l'audition du recourant s'avère inutile et doit être rejetée. 8. a) En conclusion, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA). c) Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). d) Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, est supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le défenseur d'office a droit au remboursement forfaitaire de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps qu'il y a consacré. Le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès et applique un tarif horaire de 180 fr. s'agissant d'un avocat (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). En l'espèce, par décision du juge instructeur du 25 novembre 2019, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 8 mai 2018 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Jean-Pierre Wavre. Ce dernier a produit sa liste des opérations le 12 décembre 2019. Ces opérations sont justifiées à l'exception de celles antérieures à mai 2018 ainsi que celles relatives à la lecture et analyse de l'arrêt à venir et aux explications à donner à son mandant. En ce qui concerne les débours, il y a lieu d'appliquer l'art. 3bis al. 1 RAJ (règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3), selon lequel le montant forfaitaire des débours est fixé à 5 % du défraiement hors taxe. Après les rectifications qui s'imposent pour les motifs exposés ci-dessus et compte tenu de l'ampleur et de la complexité de la cause, l'indemnité de Me Jean-Pierre Wavre est au final arrêtée à 2'200 fr., débours et TVA compris. La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art.

E. 18

al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ).