

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 mars 2016

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mme Röthenbacher, juge, et M. Bidiville, assesseur
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourant, représenté par Me Olivier Carré, avocat, à Lausanne,

et

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

Art. 6, 10, 16, 18, 19 et 24 LAA ; art 30 OLAA.

E n f a i t :

A. B. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant kosovar né en 1967, est entré en Suisse en avril 1987 pour y déployer une activité lucrative. Il est marié et père de trois enfants désormais adultes.

Sans formation professionnelle, il a exercé diverses activités dans les domaines de l'agriculture et du bâtiment avant d'être engagé en qualité de poseur de résines à 100% à compter d'avril 2006 par la société C. _____ Sarl.

Il était assuré à ce titre 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).

B. En date du 29 mars 2010, l'assuré a été victime d'un accident sur son lieu de travail, à savoir qu'il s'est tranché l'index et le majeur de la main gauche en utilisant une meule à disque.

Il a été transféré le même jour au sein de la Clinique A. _____ où il a subi plusieurs interventions chirurgicales sous la supervision du Dr F. _____, chef de clinique, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. La réimplantation des deux doigts sectionnés ayant été compromise par une nécrose progressive, des amputations interphalangiennes ont été effectuées les 1^{er} et 3 avril 2010, soit au niveau de la première phalange de l'index, respectivement de la deuxième phalange du majeur. L'incapacité de travail de 100%, prononcée dès la date de l'accident, a été prolongée. Un traitement d'ergothérapie était préconisé, de même qu'un suivi auprès d'un psychiatre ou d'un psychologue afin de favoriser l'acceptation subjective des amputations (cf. rapport du Dr F. _____ du 27 mai 2010 et protocoles opératoires annexés).

Suite à la déclaration de sinistre complétée le 7 avril 2010 par C._____Sarl, la CNA a servi ses prestations en s'acquittant du remboursement des frais de traitement et du versement d'indemnités journalières.

Par dépôt du formulaire ad hoc en date du 6 octobre 2010 auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), l'assuré a également requis des prestations de l'assurance-invalidité (AI).

C. L'assuré a séjourné au sein de la Clinique E._____ à [...] du 5 janvier 2011 au 8 février 2011 où il a fait l'objet d'une évaluation pluridisciplinaire sur les plans rhumatologique, neurologique et psychiatrique, en sus de traitements physiothérapeutique et ergothérapeutique. Dans leur rapport du 25 février 2011, les Drs G._____, spécialiste en rhumatologie, et H._____, médecin-assistant, ont estimé que la situation médicale n'était pas encore stabilisée en présence d'une « allodynie des moignons » et d'une utilisation moindre de la main lésée. Ils ont maintenu l'incapacité totale de travail à ce stade, relevant au surplus que « dans le contexte psychologique » observé, « une reprise sera[it] difficile ».

En date du 16 août 2011, le Dr F._____ a procédé à la révision des moignons des doigts de l'assuré avec raccourcissement du pédicule nerveux radial, en vue de diminuer les douleurs ressenties par ce dernier et de réséquer un éventuel névrome. L'incapacité totale de travail de l'assuré a été derechef prolongée.

D. L'assuré s'est rendu une seconde fois à la Clinique E._____ pour un séjour aux fins de réadaptation du 29 novembre 2011 au 5 janvier 2012, où son cas a été évalué sur les plans rhumatologique et psychiatrique, ainsi que sous l'angle fonctionnel après observation en ateliers professionnels. Les Drs G._____ et L._____, médecin hospitalier, ont conclu leur rapport du 30 janvier 2012 en retenant une « allodynie des moignons » et un « état dépressif moyen ». Ils ont précisé

que la situation médicale était stabilisée, l'assuré s'avérant toutefois totalement et définitivement incapable de reprendre son activité habituelle de poseur de résines. En revanche, une pleine capacité de travail pouvait lui être reconnue dans une activité adaptée, soit sans travail au froid, ni vibrations, ni port répété de charges supérieures à 15kg. Du point de vue psychiatrique, la consultante de la Clinique E._____, la Dresse J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué le 2 décembre 2011 que l'assuré souffrait d'un « épisode dépressif moyen », relatant un état « dominé par une modification de la personnalité et une symptomatologie anxieuse associée. » Des difficultés conjugales constituaient des « facteurs défavorables dans le processus de chronicisation. »

Après avoir été reçu au sein du Service de réinsertion professionnelle de l'OAI, l'assuré a été mis au bénéfice d'une mesure d'orientation professionnelle selon communication à cette fin du 13 février 2012. Cette mesure a été planifiée du 5 mars 2012 au 27 mai 2012 auprès du Centre I._____ à [...], puis successivement prolongée par communications ultérieures de l'OAI. Dans ce contexte, l'assuré a eu l'occasion de tester sa capacité de travail concrète en effectuant plusieurs stages en entreprises, notamment en tant que soudeur à l'étain et préparateur en industrie légère, ainsi que ses facultés de gestion d'outils informatiques.

Dans l'intervalle, le 18 avril 2012, le Dr F._____ a fait parvenir un rapport médical intermédiaire à la CNA, lequel est libellé notamment en ces termes :

« [...] La situation subjective comme objective reste inchangée. Le patient se trouve toujours en phase I aux ateliers de l'AI. La patient décrit une fatigabilité du membre supérieur gauche qui précède des douleurs débutantes au niveau de la main avec irradiation jusqu'à l'épaule en fin de journée. Le tout présent à l'utilisation de cette main mais aussi en tenant le bras gauche en position statique. Le toucher des moignons reste très désagréable, L'utilisation de la pince pouce D4-D5 [réd. : quatrième et cinquième doigts] provoque des crampes sur l'hypothenar.
[...] Son idéal serait de trouver un travail qu'il devrait principalement effectuer par la main droite aidée par la gauche. Il reste anxieux pour les suites à long terme. Le traitement avec le psychiatre a été

arrêté, le thérapeute reste à disposition dans le cas d'une baisse de moral ou l'apparition de symptômes de dépression.

En ce qui concerne les possibilités thérapeutiques, nous n'avons pas de possibilités chirurgicales pour améliorer la situation. Suite aux 9 séances d'ergothérapie après le séjour à la Clinique E. _____ un entretien téléphonique avec la thérapeute a démontré qu'il n'y a pas eu de changement et elle ne voit pas de possibilité d'amélioration également.

Néanmoins nous avons encouragé le patient à continuer des exercices de désensibilisation en espérant une amélioration à distance.

En ce qui concerne une reprise de travail sous conditions adaptées, le patient est disposé à effectuer tout travail possible et se dit prêt à surmonter les douleurs. A ce sujet, il fait entièrement confiance au soutien de l'AI/SUVA pour l'aider dans la recherche d'un travail. Sans ce soutien il voit peu de chances d'être engagé.

Durant la suite de la phase de réintégration de l'AI le patient reste à l'incapacité de travail à 100%. Celle-ci s'arrêtera quand il trouvera un emploi. [...] »

Le 6 juin 2012, le Dr F. _____ a communiqué un rapport médical subséquent à la CNA, relatant ce qui suit :

« [...] Le patient a suivi un premier stage dans une fabrique de parfumerie où il a effectué un travail d'étiquetage, travail possible sans réveiller de douleur.

Un deuxième stage dans une entreprise pharmaceutique où il a dû travailler avec les deux mains sur une machine, ce qui a réveillé les douleurs. Il a interrompu celui-ci. Il a travaillé par la suite sur une seconde machine où il doit effectuer à 90% un travail avec la main D [réd. : droite], la main G [réd. : gauche] doit travailler juste un bouton léger. Ce travail lui convient.

[...]

Selon les listes de la SUVA, nous pouvons partir d'une atteinte de 10% à l'intégrité liée à la perte de l'index et du majeur à la hauteur IPP [réd. : interphalangienne proximale]. L'allodynie s'ajoute ainsi que les conséquences fonctionnelles, on peut partir du fait d'une atteinte jusqu'à 20%.

Dès que cette formalité aura été résolue, il est prêt à reprendre une activité professionnelle à 100%. [...] »

L'assuré a été convoqué par le médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr N. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, en date du 4 juillet 2012, en vue d'un examen médical final. Par rapport du même jour, ce praticien a consigné les constats suivants :

« [...] Au niveau de la main G, les moignons d'amputation ont un bel aspect. Le matelassage des moignons est correct. Les cicatrices sont fines et souples. Retrait de la main au moindre effleurement des moignons. Amputation au niveau de P2 [réd. : deuxième phalange] des index et médus gauche. La fermeture du poing est complète

ddc [réd. : des deux côtés]. La transpiration est équivalente au niveau des deux mains. [...] »

Il a conclu son appréciation du cas comme suit :

« [...] On retient une limitation concernant l'exposition au froid, le travail exposant à des vibrations et le port de charges répété supérieures à 15kg.

Après l'examen de ce jour, je confirme les limitations énoncées à la Clinique E._____. Dans une activité respectant ces limitations, notre assuré a une pleine capacité de travail.

Subjectivement, notre assuré annonce des douleurs de la main G irradiant proximale jusqu'à l'épaule avec une météo-sensibilité. Le moindre effleurement des moignons des deux doigts incriminés entraîne des douleurs et un retrait immédiat de la main.

Objectivement, la mobilité des MS [réd. : membres supérieurs] est complète, tant au niveau des ceintures scapulaires que des coudes, des poignets et des deux mains. »

S'agissant de l'estimation de l'atteinte à l'intégrité, le Dr N._____ s'est référé à la table 3 des barèmes d'indemnisation (édition 2000), pour retenir un taux de 10% correspondant à une amputation partielle de deux doigts.

E. Par pli du 29 août 2012, l'OAI a informé les intervenants au dossier de l'assuré de l'interruption des stages d'orientation professionnelle mis en œuvre sous l'égide du Centre I._____, ce avec effet au 31 août 2012. Il a précisé à l'attention du mandataire de l'assuré, Me Olivier Carré, que l'instruction médicale du cas devait être reprise, l'interruption des stages étant consécutive aux douleurs alléguées. Les mesures professionnelles ont ainsi été « suspendues » dans l'attente de ce complément (cf. note du 10 septembre 2012 versée au dossier de l'OAI).

L'assuré, assisté de son avocat, a signalé à la CNA le 4 septembre 2012, avoir consulté le Dr O._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, lequel avait mis en évidence une « pathologie cervicale dégénérative » et procédait à des investigations eu égard à une éventuelle « maladie de Südeck », susceptible d'expliquer les douleurs de son membre supérieur (cf. rapport du Dr O._____ du 22 août 2012).

Il a adressé, dans un courrier complémentaire du 5 décembre 2012, un tirage du rapport d'investigations du Dr O._____, daté du 6 septembre 2012, où ce dernier a écarté le diagnostic de « maladie de Südeck », soulignant que le seul diagnostic retenu en lien avec l'accident était celui de « douleurs fantômes dues à des amputations digitales partielles ». En outre, étaient confirmées des « lésions dégénératives de la colonne cervicale [...] sans relation avec le traumatisme initial digital ». Par rapport subséquent du 3 décembre 2012, le Dr O._____ a précisé que l'assuré était atteint, en sus de « douleurs fantômes sur status post amputation digitales gauches double » d'une « sténose foraminale gauche en C6/C7 d'origine mixte ostéo-discale et façon moindre en C3/C4 » accompagnée d'un « rétrécissement modéré du canal cervical en C3/C4 par l'association d'une hernie discale paramédiane droite à des remaniements arthrosiques droits ». Aucune indication chirurgicale n'était préconisée à ce stade, seul un traitement anti-inflammatoire étant prescrit.

Sollicité pour avis, le Dr N._____ a maintenu son appréciation finale du 4 juillet 2012 en date du 23 janvier 2013, la situation demeurant à son sens stabilisée du point de vue de l'assurance-accidents.

La CNA a annoncé à l'assuré, par courrier du 21 février 2013, le terme du traitement médical et la fin du paiement de l'indemnité journalière avec effet au 31 mars 2013. Il était relevé que l'assuré pouvait prétendre une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI), tandis que l'octroi d'une rente d'invalidité était à l'étude, le droit à une telle prestation devant être réexaminé dans l'hypothèse où des mesures professionnelles devaient à nouveau être mises en place par l'OAI.

Par courrier du 16 mai 2013, l'assuré a fait parvenir à la CNA de nouvelles pièces médicales, à savoir :

- un rapport de son psychiatre traitant, le Dr K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du 25 mars 2013,
- un rapport du Dr R._____, médecin adjoint au Centre d'antalgie du Centre hospitalier U._____, du 25 mars 2013,
- un rapport de la Dresse P._____, spécialiste en chirurgie plastique et chirurgie de la main au sein de la Clinique A._____, du 29 avril 2013.

Le Dr K._____ a fait état de ses constats comme suit :

« [...] Nous pouvons considérer que nous sommes en présence de séquelles psychiques post traumatiques de l'accident survenu en mars 2010.

Cependant, un tableau complet de PTSD (post traumatic stress disorder) n'est pas complètement réalisé. Il existe cependant de nombreuses réactions d'évitement concernant l'usage de la main blessée.

[L'assuré] a par ailleurs développé un syndrome dépressif d'intensité sévère vis-à-vis duquel il est traité par un antidépresseur puissant (Mirtazapine) auquel il est compliant.

D'un point de vue psychiatrique, le diagnostic évoqué est celui d'un syndrome dépressif réactionnel sévère (épisode actuel en cours de rémission), réaction phobique spécifique en rapport avec l'accident.

Le syndrome dépressif actuellement traité ne revêt plus en lui-même de valeur incapacitante. La capacité de travail dans une activité adaptée aux séquelles de l'accident de la main du patient demeure complète d'un point de vue psychiatrique.

[...] Enfin, il est difficile d'établir un pronostic psychiatrique concernant [l'assuré]. Le syndrome dépressif susmentionné est clairement réactionnel aux conséquences de l'accident de sa main. La reprise d'une activité professionnelle adaptée au handicap somatique serait à même de garantir un meilleur pronostic. [...] »

Quant au Dr R._____, il a exposé avoir procédé à une infiltration au niveau du ganglion stellaire auprès de l'assuré, sans toutefois être en mesure de se prononcer quant à sa capacité de travail dans un contexte de douleurs chroniques.

La Dresse P._____ a pour sa part communiqué l'appréciation du cas ci-dessous :

« [...] Le problème n'a pas changé à savoir une allodynie des moignons de l'index et de médus de la main gauche. Il n'y a définitivement pas de réintervention à proposer. Il ne faut pas réaliser de translocation de névrome ou de complément d'amputation médiométacarpienne. De tels gestes se solderaient

par la proximalisation du problème douloureux et l'aggravation des douleurs. De plus, nous conseillons la mise en place d'un stimulateur médullaire.

En ergothérapie, il faut viser bien sûr une désensibilisation mais aussi confectionner un gant qui masque l'extrémité de ces 2 doigts.

Reste bien sûr le problème du travail. Le patient avait trouvé un travail adapté à son état mais avec un salaire nettement inférieur à son ancien salaire. [...] Le cas peut du reste être clôturé avec le versement d'une rente.

Enfin, le dommage permanent correspond à une amputation complète des rayons 2 et 3 de la main gauche, soit de 15%. [...] »

Le Dr N._____ s'est exprimé sur les conclusions de la Dresse P._____ eu égard à l'IPAI en date du 22 mai 2013, rappelant que « les radiographies du 12.04.2011 des index et médus G de F/P [réd.: face/profil] montrent au niveau de l'index, une amputation au niveau de l'articulation interphalangienne proximale. Au niveau du médus G, la surface articulaire de la 2^{ème} phalange a été conservée ». Il a dès lors confirmé que cette situation correspondait à la « situation no 27 de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité », soit une IPAI de 10%.

F. La CNA a réitéré dans un courrier du 19 juillet 2013 que la situation de l'assuré était stabilisée et envisagé de mettre fin à la prise en charge des frais de traitement et des indemnités journalières avec effet au 31 août 2013. Elle a considéré que l'assuré était à même de mettre en valeur une capacité de travail de 100% dans une activité respectant les limitations fonctionnelles énumérées à la Clinique E._____ sans que les éléments médicaux produits depuis son avis du 21 février 2013 n'aient justifié une nouvelle appréciation du cas. Elle a souligné que l'assuré avait droit à une rente d'invalidité et à une IPAI qui seraient fixées dans une décision ultérieure.

Cette décision est intervenue le 16 août 2013, après que la CNA eût procédé à une comparaison des revenus hypothétiques avec et sans invalidité mettant à jour un taux d'invalidité de 35%. Elle a retenu à cette occasion que sans atteinte à la santé l'assuré aurait pu réaliser un gain annuel de 92'283 fr. auprès de son ancien employeur. Quant au revenu d'invalidité, il se montait dans une activité à temps complet à 59'883 fr. sur la base de cinq descriptions de postes de travail (DPT), soit

les DPT N° 5203 (praticien en logistique), 6461 (collaborateur de production), 594555 (collaborateur de production), 8449 (fabricant d'instruments de mesure) et 834346 (ouvrier de scierie). La CNA a précisé que si des troubles psychogènes devaient réduire la capacité de travail et de gain, elle ne pourrait toutefois en répondre en l'absence de lien de causalité entre lesdits troubles et l'accident du 29 mars 2010. Elle a dès lors décidé d'allouer une rente d'invalidité de 35% se montant à 2'311 fr. 20 par mois dès le 1^{er} septembre 2013. S'agissant de l'IPAI, elle a pris en considération les conclusions du Dr N._____, soit un taux de 10%, équivalant à un montant de 12'600 francs.

Par correspondance du 18 septembre 2013, l'assuré, représenté par son conseil, s'est opposé à la décision précitée, faisant valoir que les revenus sans et avec invalidité étaient respectivement sous et surévalués. Il a complété ses griefs le 30 octobre 2013, renonçant toutefois à contester plus avant le revenu hypothétique sans invalidité. Eu égard au revenu d'invalidité, il a rappelé qu'un emploi lui avait été proposé dans le contexte d'un stage mis en œuvre par le Centre I._____ avec le soutien de l'OAI, avec une perspective de gain de l'ordre de 43'200 francs. Un tel montant concret, éloigné du revenu pris en compte par la CNA, devait à son sens permettre de lui reconnaître un degré d'invalidité de plus de 50%. Quant à l'IPAI, il a mis en exergue le rapport de la Dresse P._____ du 29 avril 2013 qui avait fixé à 15% le taux afférent à cette prestation. Etait enfin annexé un certificat médical du 11 octobre 2013 du Dr V._____, chef de clinique au sein de la Clinique A._____, lequel estimait que son patient ne pouvait effectuer à 100% qu'un travail léger adapté, tel que la distribution de journaux, dès le 3 octobre 2013.

La CNA a rendu sa décision sur opposition le 7 novembre 2013, confirmant sa décision du 16 août 2013 et rejetant l'opposition de l'assuré. Elle a observé que la comparaison des gains effectuée par ses soins ne prêtait pas flanc à la critique dans la mesure où le revenu d'invalidité avait été déterminé sur la base de cinq DPT parfaitement adaptées au handicap présenté par l'assuré. Relativement à l'IPAI, elle a rappelé les conclusions du Dr N._____ fondée sur les radiographies versées au dossier médical.

G. L'assuré, avec l'assistance de Me Carré, a déféré la décision sur opposition précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, par acte de recours du 9 décembre 2013, concluant à son annulation, ainsi qu'à la reconnaissance de son droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents de 50% et à une IPAI de 15%. Reprenant les arguments invoqués au stade de la procédure d'opposition, il a souligné que dans le cadre du stage d'orientation diligenté par l'OAI, il aurait été en mesure d'effectuer une activité d'emballage de petit matériel médical pour un salaire largement inférieur à celui retenu au titre de revenu d'invalidé, à savoir pour un revenu annuel de 43'200 fr. environ. Dès lors, le revenu hypothétique d'invalidé était surévalué et devait être revu à la baisse pour mettre à jour un degré d'invalidité de 56,4%, au vu d'un revenu sans invalidité de 99'051 francs. Eu égard à l'IPAI, l'assuré s'est limité à réitérer les conclusions communiquées par la Dresse P._____ le 29 avril 2013. Il a enfin requis le bénéfice de l'assistance judiciaire.

Par décision du 12 décembre 2013, la juge instructrice a accordé l'assistance judiciaire au recourant à compter du 9 décembre 2013, en l'exonérant d'avances et de frais judiciaires, ainsi qu'en désignant Me Carré en qualité d'avocat d'office.

La CNA a produit sa réponse au recours le 7 janvier 2014, en proposant le rejet sous suite de confirmation de la décision sur opposition entreprise. Concernant la comparaison des revenus, elle a observé que le revenu sans invalidité pris en compte était de 92'283 fr, non pas de 99'051 fr. qui constituait le gain assuré. Il n'y avait pas lieu de retenir en tant que revenu déterminant d'invalidé le salaire proposé à l'assuré à l'issue d'un stage professionnel de l'AI, dans la mesure où il ne travaillait en définitive pas dans l'entreprise concernée. Le revenu théorique d'invalidé de 59'883 fr. pouvait ainsi être maintenu. Relativement à l'IPAI, la CNA a repris l'argumentation du Dr N._____ sur la base du dossier radiologique pour souligner le bien-fondé du taux de 10% en l'occurrence.

En date des 26 juin 2014 et 18 août 2014, le recourant a fait parvenir de nouvelles pièces à l'attention de la Cour de céans. Ont été produits des courriers électroniques échangés en juin 2014 avec le Dr S._____, spécialiste en neurologie, et un rapport du Dr K._____ adressé le 5 mars 2014 à l'OAI. Par ce dernier document, le psychiatre traitant de l'assuré a fait savoir que le syndrome dépressif présenté par son patient des suites de l'accident se trouvait « cristallisé », « sans évolution favorable », compte tenu de « l'effondrement de son identité de travailleur » à l'origine de velléités suicidaires. Quant au neurologue précité, il a indiqué à Me Carré en date du 24 juin 2014 que « l'aspect neurologique actuel ne [lui paraissait] pas contribuer de manière significative à la limitation fonctionnelle », sans pouvoir se prononcer en termes de capacité de travail. Au surplus, le recourant a signalé que l'OAI avait décidé de diligenter une expertise orthopédique, requérant la suspension de la cause jusqu'à réception du rapport correspondant.

La CNA a renoncé à dupliquer par correspondance du 29 août 2014, relevant qu'à son sens le recourant n'avait fait valoir aucun élément nouveau déterminant. Elle a persisté dans ses conclusions initiales tendant au rejet du recours.

Par requête du 25 septembre 2014, la juge instructrice a sollicité la production du dossier constitué par l'OAI, lequel s'est exécuté le 9 octobre 2014. Il ressort notamment de sa consultation qu'à la demande de l'assuré, l'OAI lui a accordé une mesure d'aide au placement par communication du 15 juillet 2013, laquelle a été clôturée le 24 septembre 2014 faute de collaboration du recourant à sa mise en œuvre et du fait de l'instruction médicale en cours.

La juge instructrice a donné aux parties la possibilité de se prononcer sur la teneur du dossier AI le 29 octobre 2014 et les a interpellées sur la réalisation des conditions cumulatives relatives à la naissance du droit à la rente de l'assurance-accidents, les invitant à se déterminer sur une éventuelle substitution de motifs à cet égard dans

l'arrêt à venir. Les parties n'ont pas réagi dans le délai imparti au 19 novembre 2014.

Le 11 novembre 2014, Me Carré a adressé la liste des activités déployées pour le compte du recourant dès le 9 décembre 2013 à hauteur de neuf heures et quarante-quatre minutes.

Le 16 juillet 2015, le recourant a indiqué à la Cour de céans se trouver dans l'attente de la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire - orthopédique, neurologique, psychiatrique et de médecine interne - requise par l'OAI selon sa communication du 1^{er} septembre 2014. Au surplus, il avait proposé à l'OAI l'organisation d'un nouveau stage au sein du Centre I._____ afin de poursuivre les démarches professionnelles. A ce stade, il a fait part de ses interrogations sur les intentions de la Cour, considérant que la décision querellée rendue par la CNA s'avérait prématurée. L'annulation de cette dernière justifiait à son sens la reprise du versement d'indemnités journalières avec effet rétroactif.

La juge instructrice a signalé aux parties le 30 septembre 2015 que, compte tenu de la suspension des mesures de réadaptation par l'OAI, la rente allouée par la CNA pouvait a priori être qualifiée de rente provisoire. Le recourant était invité à se déterminer sur cette question, singulièrement quant à l'éventuel retrait de son recours, du fait que la réforme de la décision sur opposition attaquée dans le sens de l'octroi d'une rente provisoire serait susceptible de le désavantager. Me Carré était prié de faire parvenir la liste complémentaire de ses opérations.

Par écriture du 12 octobre 2015, le recourant a indiqué maintenir son recours contre la décision sur opposition du 7 novembre 2013, considérant que la rente d'invalidité provisoire devait être fixée à un taux de 50%. Il a par ailleurs persisté à conclure à l'octroi d'une IPAI de 15%, se fondant sur un rapport de la Dresse P._____, daté du 17 septembre 2015 et adressé au médecin-conseil de la CNA. Ce document, produit par le recourant, est libellé notamment comme suit :

« [...] Les choses n'ont pas changé de 2013 à 2015. Le travail adapté que le patient avait trouvé n'a finalement pas pu être maintenu en raison de douleurs de la main gauche liée à l'utilisation excessive. Dans la pratique, le patient ne peut pas porter un sac de commissions avec les 2 derniers doigts de la main gauche de quelques kilos.

L'attouchement des 2 moignons est toujours difficile. Le patient a porté la protection que j'avais proposée, mais celle-ci ne l'aide pas pour la vie quotidienne.

Propositions : L'amputation de l'index et du médius à hauteur de l'IPP est l'équivalent d'un dommage permanent de 10%. Cela est valable pour des moignons qui sont indolores et par conséquent qui participent à l'utilisation globale de la main. Or, ceci n'est pas le cas chez le patient : les 2 moignons se fléchissent dans l'articulation MP [réd. : métacarpo-phalangienne] dans les tentatives de fermeture du poing mais sans aucun appui comme en témoigne une surface cutanée totalement dénuée de toute trace d'utilisation.

Par ailleurs, l'utilisation avec force de l'annulaire déclenche des douleurs sur les 2 moignons, liées à la traction sur les fléchisseurs. Ce phénomène est moins perceptible pour l'auriculaire dont l'utilisation est plus facile pour porter un sac par exemple.

Pour les raisons évoquées ci-dessus, je pense qu'il serait souhaitable que le médecin d'arrondissement revoie ce patient et révisé à la hausse l'évaluation du dommage permanent. [...] »

Me Carré a adressé sa liste d'opérations complémentaire, par pli séparé, également daté du 12 octobre 2015. Il a fait état de trois heures et quarante minutes consacrées au dossier du recourant dès le 12 novembre 2014.

La CNA s'est exprimée le 2 décembre 2015, maintenant que le taux d'IPAI ne pouvait excéder 10%, annexant un avis de sa Division de Médecine des assurances du 18 novembre 2015, établi par la Dresse W._____, spécialiste en chirurgie. Cet avis, dont la traduction vers le français a été réceptionnée le 17 décembre 2015, contient un rappel des antécédents médicaux déterminants en l'occurrence, la reproduction des radiographies et des photographies de la main gauche de l'assuré. La spécialiste précitée a en outre procédé à l'analyse suivante :

« [...] L'image 27 de la table 3 d'indemnisation des atteintes à l'intégrité de la Suva reflète l'état de l'amputation de l'index et du médius gauches de [l'assuré].

Dans son argumentation, le Dr P._____ relève que les moignons d'amputation sont douloureux ; ces sensations douloureuses, qui ont été décrites comme des douleurs fantômes par le Dr O._____, ne justifient pas d'atteinte à l'intégrité plus élevée. Jusqu'à 50% des patients présentant des lésions par amputation souffrent de tels troubles ; c'est un fait notoire. Le Dr P._____ indique aussi que

l'utilisation de l'annulaire entraîne une augmentation de la flexion des deux doigts partiellement amputés. Notons que ce phénomène peut être observé chez chaque individu, même sans amputation partielle ; il s'explique par un processus de traction tendineuse et musculaire. En outre, le médecin d'arrondissement mentionnait dans son rapport du 04.07.2012 que la fermeture du poing gauche était complète.

Le médius et l'index gauches de [l'assuré] ont été amputés à un niveau laissant intacts les articulations métacarpo-phalangiennes. Par conséquent, il ne s'agit aucunement d'une situation comportant une amputation complète du doigt avec désarticulation métacarpo-phalangienne, comme le pense le Dr P. _____. Lors d'amputations conservant l'articulation métacarpo-phalangienne, les mouvements de flexion et d'extension du moignon de la phalange proximale sont conservés, car les insertions tendineuses sont intactes. Le moignon de la phalange proximale participe à la préhension grossière et il empêche que de petits objets s'échappent des mains [...]. Si la mobilité de l'articulation métacarpo-phalangienne est intacte, on veille à conserver un moignon de la phalange proximale chez les patients ayant des activités manuelles pour ne pas entraver l'intégrité du métatarse et de la prise grossière [...]. Cette stabilisation manque en cas d'absence de l'articulation métacarpo-phalangienne suite à l'amputation transmétacarpienne du doigt. La pince grossière est limitée en conséquence. Il est vrai qu'après une amputation partielle de l'index et du médius, la force de préhension est diminuée par rapport à la situation existant précédemment ; sur ce point, je partage l'opinion du Dr P. _____. Rappelons que cette réduction a été prise en compte par le profil d'exigibilité qui avait été défini.

Dans le cas présent, l'on ne peut faire appel à la table d'indemnisation 1 selon la LAA (atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs) ; en effet, elle ne comporte aucune valeur de référence qu'il faudrait aussi prendre en considération chez l'assuré. La même remarque s'applique à la table 5 (atteinte à l'intégrité résultant d'arthroses) et à la table 6 (atteinte à l'intégrité en cas d'instabilité articulaire).

Conclusion

L'assuré présente une amputation partielle de l'index et du médius gauches au niveau de l'articulation interphalangienne proximale (IPP) ; l'IPP du médius est encore intacte, avec un petit moignon osseux de la partie proximale de la phalange moyenne. La situation que nous venons de décrire correspond, tant d'un point de vue clinique, radiologique que photographique, à une atteinte à l'intégrité de 10%, selon l'image 27 de la table d'indemnisation 3 « atteinte à l'intégrité résultant de la perte d'un ou plusieurs segments des membres supérieurs » [...]. Le Dr P. _____ soutient que l'atteinte à l'intégrité est de 15% chez l'assuré; toutefois, elle ne nous fournit pas de faits médicaux nouveaux et les arguments qu'elle avance ne sont pas convaincants. »

L'assuré a confirmé sa précédente prise de position relative au droit à l'IPAI en date du 22 février 2016, ce dont la CNA a été informée le 23 février 2016.

La cause a dès lors été gardée à juger.

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).

b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi vaudoise 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).

c) En l'espèce, le recours contre la décision sur opposition du 7 novembre 2013 a été interjeté devant le tribunal compétent en temps utile en date du 9 décembre 2013. Il respecte par ailleurs les autres

conditions de forme prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. a) Le litige porte sur la rente d'invalidité et l'IPAI allouées au recourant par l'intimée selon la décision du 16 août 2013, confirmée sur opposition le 7 novembre 2013.

Singulièrement, le recourant conteste tout d'abord le degré d'invalidité qui lui a été reconnu par la CNA, soit 35%, concluant à l'octroi d'une rente supérieure à 50%. Il invoque dans ce cadre que le revenu hypothétique d'invalidité aurait été surévalué par l'intimée, tandis que concrètement il ne pourrait prétendre qu'un revenu annuel d'environ 43'200 fr., correspondant au salaire réalisable dans l'une des entreprises où il a effectué un stage professionnel sous l'égide de l'AI.

L'assuré a par ailleurs produit différentes pièces médicales supposées étayer ses arguments et mis en exergue l'instruction médicale complémentaire sollicitée par l'OAI postérieurement à la décision sur opposition querellée. Il s'interroge en définitive, selon les termes de son écriture à la Cour de céans du 16 juillet 2015, sur le caractère prématuré de l'acte attaqué et sur son droit au versement d'indemnités journalières en lieu et place de la rente d'invalidité octroyée par l'intimée depuis le 1^{er} septembre 2013, compte tenu d'un état de santé éventuellement non stabilisé.

Il a par ailleurs maintenu son recours suite à l'avis de la juge instructrice du 30 septembre 2015 afférent à l'allocation d'une rente provisoire en lieu et place d'une prestation définitive, considérant que ladite rente provisoire devrait être fixée à un taux de 50%.

Ensuite, le recourant fait grief à la CNA de ne pas avoir pris en compte les avis de la Dresse P. _____ selon laquelle le taux d'IPAI se monterait à 15% dans son cas, étant donné les amputations partielles

subies à l'index et au médus gauches, ainsi que l'allodynie persistante des moignons.

La CNA a pour sa part persisté à considérer que le taux d'invalidité présenté par le recourant était de 35% sur la base de sa comparaison des revenus, fondées sur cinq DPT. Elle ne s'est pas exprimée sur la question de la rente provisoire et s'est référée aux déterminations de ses médecins-conseil pour estimer que le taux d'IPAI de 10% était bien fondé.

b) Compte tenu des conclusions du recourant et des éléments tranchés par la décision sur opposition, objet de la présente procédure, il s'agira en premier lieu de statuer sur le droit à la rente d'invalidité de l'assuré, non sans examiner le taux d'invalidité mis à jour par l'intimée, plus particulièrement les gains hypothétiques fondant la comparaison des revenus.

Dans ce contexte, il conviendra préalablement de déterminer si les conditions d'ouverture du droit à une rente sont réalisées in casu, singulièrement si l'état de santé du recourant peut être qualifié de stabilisé et si les mesures de réadaptation entrant en ligne de compte en l'occurrence ont été menées à leur terme.

En second lieu, le taux de l'IPAI allouée par l'intimée devra être analysé par la Cour de céans pour se prononcer sur son éventuel bien-fondé.

c) On ajoutera que, de jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant éventuellement modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b). Les faits survenus postérieurement à la décision entreprise doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige

et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 98 consid. 4).

Vu cette jurisprudence, il n'est pas inutile de rappeler que la décision sur opposition litigieuse, laquelle circonscrit temporellement l'appréciation de la Cour de céans, est datée du 7 novembre 2013. Les éléments médicaux ou professionnels survenus postérieurement à cette date doivent ainsi être écartés de l'analyse sauf dans la mesure d'un lien étroit avec l'objet du litige.

3. Il s'agit de se déterminer sur la rente allouée à l'assuré par l'intimée, soit tout d'abord sur les conditions mises à l'ouverture du droit à cette prestation.

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).

L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA).

b) En vertu de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité.

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 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 le marché du travail

équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptations exigibles (art. 7 al. 1 LPGA).

Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain; de plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

c) 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.

Le droit à la rente s'éteint lorsque celle-ci est remplacée en totalité par une indemnité en capital, lorsqu'elle est rachetée ou lorsque l'assuré décède (art. 19 al. 2 LAA).

Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur la naissance du droit aux rentes lorsque l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, mais que la décision de l'assurance-invalidité quant à la réadaptation professionnelle intervient plus tard (art. 19 al. 3 LAA).

d) Compte tenu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a adopté l'art. 30 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202) consacré à la notion de « rente transitoire ».

Selon l'art. 30 al. 1 OLAA, lorsqu'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, mais que la décision de l'AI concernant la réadaptation

professionnelle n'interviendra que plus tard, une rente sera provisoirement allouée dès la fin du traitement médical ; cette rente est calculée sur la base de l'incapacité de gain existant à ce moment-là. Le droit s'éteint dès la naissance du droit à une indemnité journalière de l'AI (let. a), avec la décision négative de l'AI concernant la réadaptation professionnelle (let. b) ou avec la fixation de la rente définitive (let. c).

En cas d'accident relevant de la LAA, la réadaptation professionnelle incombe à l'AI. La rente fixée en application de l'art. 30 OLAA est dénommée « transitoire » et a pour but de permettre à l'assureur-accidents qui ne peut encore fixer définitivement le degré d'invalidité de l'assuré, faute de connaître le résultat des mesures de réadaptation entreprises par l'AI, de verser néanmoins une rente sans attendre ce résultat. Elle a donc pour vocation unique de maintenir une continuité dans le versement des prestations alors même qu'il n'est pas encore possible de fixer définitivement le droit à la rente. Elle prend fin notamment à partir du moment où l'assuré a droit à une indemnité journalière de l'AI. La décision portant sur l'allocation d'une rente transitoire doit mentionner qu'elle sera remplacée dès l'achèvement de la réadaptation ou s'il est renoncé à sa mise en œuvre (Peter Omlin, *Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung*, Fribourg 1995, p. 199 ; André Ghélew/Olivier Ramelet/Jean-Baptiste Ritter, *Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents [LAA]*, Lausanne 1992, p. 106 ss ; Alfred Maurer, *Schweizerisches Unfallversicherungsrecht*, 2^{ème} éd., Berne 1989, p. 371 ; Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre-Holzer, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung*, 4^{ème} éd., Zürich 2012, p. 145 ss). Il s'agit, en effet, d'éviter de faire naître de faux espoirs quant au montant de la rente ordinaire ou « définitive » pour reprendre la terminologie de l'art. 30 OLAA (ATF 129 V 283 consid. 4.1 ; TF [Tribunal fédéral] 8C_1015/2012 du 28 octobre 2013 consid. 2.3).

4. A ce stade, il y a lieu de déterminer si l'état de santé de l'assuré peut être qualifié de stabilisé et si les mesures de réadaptation ont été menées à terme, ce qui permettrait de confirmer l'ouverture du

droit à une rente d'invalidité de la CNA en faveur du recourant en vertu de l'art. 19 al. 1 LAA.

a) Pour rappel, le traitement médical n'est alloué qu'aussi longtemps que sa continuation est susceptible d'apporter une amélioration sensible de l'état de l'assuré (art. 19 al. 1, première phrase, LAA a contrario), une amélioration insignifiante n'étant pas suffisante. Il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique (p. ex. une cure annuelle) ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire (RAMA 2005 n° U 557 p. 388). Si une amélioration n'est plus possible, le traitement prend fin et l'assuré peut prétendre une rente d'invalidité pour autant qu'il présente une incapacité de gain de 10% au moins (cf. notamment TF 8C_179/2014 du 16 mars 2015 consid. 3.1).

b) In casu, sur le plan somatique, les médecins en charge de l'assuré ou l'ayant examiné des suites de l'accident du 29 mars 2010 sont unanimes pour considérer que son état est demeuré stable, ce au plus tard à l'issue de son second séjour à la Clinique E._____.

A cette date, soit le 5 janvier 2012, il avait subi les interventions chirurgicales nécessitées immédiatement à la suite de l'accident incriminé, réalisées en mars et avril 2010 au sein de la Clinique A._____, ainsi que la révision des moignons des doigts effectuée par le Dr _____ F._____ le 16 août 2011. Des traitements ergothérapeutiques et physiothérapeutiques avaient été poursuivis, ainsi que la prise d'une médication _____ à _____ visée _____ antalgique. Les Drs G._____ et L._____ de la Clinique E._____ considéraient sans équivoque la situation comme stabilisée lors de l'établissement de leur rapport du 30 janvier 2012, se trouvant à même de statuer sur la capacité résiduelle de travail de l'assuré dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles. Son chirurgien traitant, le Dr F._____, indiquait pour sa part clairement, dans son rapport à la CNA

du

18 avril 2012, que la situation demeurait « inchangée » en l'absence de « possibilités chirurgicales » susceptibles de l'améliorer, relevant au surplus la disponibilité à l'emploi de son patient. Un état de santé stationnaire peut également être déduit du rapport d'examen final du Dr N._____ du 4 juillet 2012, puisque ce praticien s'est rallié aux observations des spécialistes de la Clinique E._____ en termes de capacité de travail et de limitations fonctionnelles.

Il ne fait dès lors pas de doute que la stabilisation de l'état de santé du recourant était atteinte, au sens requis par l'art. 19 al. 1, première phrase, LAA, à la date de la décision établie par l'intimée le 16 août 2013, confirmée sur opposition le 7 novembre 2013. La prise en charge de séances d'ergothérapie dispensées ultérieurement n'est dans ce contexte pas déterminante, puisque ces mesures sont destinées uniquement à soulager l'allodynie des moignons ressentie par l'assuré et à favoriser le processus de désensibilisation, sans apporter d'amélioration pouvant être qualifiée de notable de l'état de santé du recourant.

Les éléments médicaux produits tant en procédure d'opposition qu'auprès de la Cour de céans ne sont pas davantage susceptibles de remettre en question la stabilisation de la situation. Le Dr O._____ n'a en effet préconisé aucun traitement spécifique de la main gauche, se limitant à retenir le diagnostic de « douleurs fantômes » consécutives aux amputations (cf. rapport du Dr O._____ du 6 septembre 2012). Quant à la Dresse P._____, elle a rejoint l'appréciation de ses confrères en déconseillant, voire en excluant toute nouvelle intervention (cf. rapport de la Dresse P._____ du 29 avril 2013). Enfin, le Dr S._____ s'est sommairement exprimé sur le cas du recourant, sans que son avis ne vienne sérieusement apporter d'éléments pertinents dans le cadre du présent litige (cf. échange de courriers électroniques de juin 2014 entre ce médecin et le mandataire du recourant).

On ajoutera, également d'un point de vue somatique, que les atteintes dégénératives de la colonne cervicale, mises en évidence par le Dr O._____, sont à l'évidence sans lien de causalité avec l'accident du 29 mars 2010, ainsi que le concède d'ailleurs ce spécialiste, de sorte qu'elles ne sauraient être prises en compte dans ce contexte (cf. rapport du Dr O._____ du 6 septembre 2012).

c) Il en va de même de la problématique psychique observée dans le cas du recourant, à la date de la décision sur opposition entreprise, compte tenu de ce qui suit.

ca) En matière de troubles psychiques, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et de tels troubles développés ensuite par la victime.

Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification des accidents, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; 115 V 403 consid. 5c/aa ; TF 8C_175/2010 du 14 février 2011 consid. 4.2 ; voir également : Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, 2^{ème} éd., Bâle/Genève/Munich 2007, n° 89 ss).

Dans la pratique, ont été classés parmi les accidents de gravité moyenne à la limite supérieure les accidents ayant occasionné les lésions d'un membre supérieur suivantes : l'amputation totale du pouce, de l'index, du majeur et de l'auriculaire, et partielle de l'annulaire chez un serrurier dont la main droite s'était trouvée coincée dans une machine (TFA [Tribunal fédéral des assurances] U 233/95 du 13 juin 1996), ainsi que l'amputation du petit doigt, de la moitié de l'annulaire et des deux-

tiers de l'index chez un aide-scieur dont la main gauche avait été atteinte (TFA U 280/97 du 23 mars 1999 publié in : RAMA 1999 U 346 p. 428). En revanche, a été jugé comme étant de gravité moyenne l'accident subi par un scieur dont la main gauche avait été prise dans la chaîne de la machine avec pour résultat une amputation de l'auriculaire, un annulaire douloureux et une atrophie des autres doigts (TFA U 5/94 du 14 novembre 1996), de même que celui dont a été victime un aide-serrurier avec une scie entraînant l'amputation des extrémités de deux doigts à la main droite et de trois doigts à la main gauche (TFA U 185/96 du 17 décembre 1996) ou encore l'accident ayant causé un raccourcissement du pouce phalangien d'un demi-centimètre et un index hypoesthésique (TFA U 25/99 du 22 novembre 2001 publié in : RAMA 2002 U 449 p. 53 ; pour une vue d'ensemble de la casuistique voir TF 8C_77/2009 du 4 juin 2009 consid. 4.1.2 ; cf. également TF 8C_175/2010 du 14 février 2011 consid. 4.3 et 8C_78/2013 du 19 décembre 2013 consid. 4.3.1).

cb) Dans le cas d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques doit, en règle ordinaire, être d'emblée niée. Dans les cas d'un accident grave, l'existence d'une relation adéquate doit en règle générale être admise, sans même qu'il soit nécessaire de recourir à une expertise psychiatrique. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération les sept critères exhaustifs suivants, au regard des seuls aspects physiques, à l'exclusion des aspects psychiques de l'état de santé (ATF 129 V 402 consid. 4.1.1 ; TF 8C_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 3 et 8C_312/2007 du 5 juin 2008 consid. 3.2) :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical, qui ne saurait être examinée uniquement en fonction de la durée

dudit traitement, mais eu égard à l'existence de traitements continus spécifiques et lourds ;

- les douleurs physiques persistantes, qui doivent être importantes, sans interruption et crédibles au regard de l'atteinte qu'elles occasionnent sur la vie de tous les jours ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues en cours de guérison et les complications importantes;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant si l'on se trouve à la limite des accidents graves. Il en est ainsi lorsque l'accident considéré apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire, à la limite de la catégorie des accidents graves, ou encore lorsque le critère pris en considération s'est manifesté de manière particulièrement importante (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 ; TF 8C_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 3).

Inversément, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité puisse être admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et bb ; 115 V 403 consid. 5c/aa et bb ; TF U 308/06 du 26 juillet 2007 consid. 4).

cc) On retiendra que l'accident du 29 mars 2010 est d'une gravité moyenne stricto sensu, sans pouvoir être considéré comme à la limite des accidents graves ou des accidents insignifiants.

La jurisprudence mentionnée plus haut sous considérant 4 ca) a en effet retenu que nombre d'accidents survenus à une main, y compris en cas de lésions importantes ou d'amputations par des machines, ainsi

que de pertes de fonctionnalités de certaines parties d'un membre supérieur, peuvent être qualifiés de moyens.

Le déroulement de l'accident du 29 mars 2010, examiné objectivement, ne permet pas de s'écarter de cette appréciation, mise en rapport avec les exemples énoncés dans la jurisprudence fédérale.

L'examen des critères jurisprudentiels énumérés sous considérant 4 cb) supra permet par ailleurs d'exclure un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques présentés par l'assuré et l'accident incriminé.

S'agissant des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident, ce critère peut être nié, ce d'ores et déjà dans le cadre de l'examen du degré de gravité de l'événement du 29 mars 2010. Si la gravité des lésions physiques peut en revanche être considérée comme réalisée en l'espèce, il n'en va pas de même des critères subséquents. On ne saurait considérer que le traitement médical a été anormalement long, tandis que l'assuré n'a pas été astreint à un traitement particulièrement lourd ou contraignant, les interventions chirurgicales subies s'étant déroulées sans complications, ni erreurs dans le suivi thérapeutique consécutif. On ne voit pas non plus que le recourant puisse se prévaloir de douleurs particulièrement importantes ou incapacitantes, ni d'une durée d'incapacité de travail particulièrement longue au vu des lésions constatées.

Compte tenu de ces observations et de la présence de facteurs extra-médicaux dans la survenance des problèmes psychologiques passagers de l'assuré (séparation d'avec son épouse), on ne peut que conclure au défaut de lien de causalité entre lesdits problèmes et l'accident du 29 mars 2010.

On soulignera également que le psychiatre traitant de l'assuré,
le

Dr K._____, a expressément exclu toute répercussion incapacitante de l'état de santé psychologique de son patient aux termes de son rapport du 25 mars 2013. Une modification de cette situation, relevée par le Dr K._____ dans son rapport du 5 mars 2014 à l'OAI, n'a en outre pas lieu d'être retenue dans la mesure où elle est postérieure à la décision sur opposition incriminée et apparaît consécutive au défaut de perspectives professionnelles de l'assuré.

Dès lors, il n'y a pas lieu de tenir compte de l'aspect psychique et de son éventuelle dégradation du fait de l'interruption des mesures professionnelles mises en œuvre par l'OAI dans le contexte du litige qui oppose l'assuré à la CNA.

d) En définitive, vu ce qui précède, il s'agit de considérer que la première des conditions posées par l'art. 19 al. 1, première phrase, LAA, soit la stabilisation de l'état de santé du recourant, doit être considérée comme réalisée à la date de la décision sur opposition querellée.

On ajoutera certes que l'art. 61 let. c LPGA prescrit au juge d'établir les faits avec la collaboration des parties et d'administrer les preuves nécessaires. Par ailleurs, la jurisprudence a déduit de l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), notamment, le droit pour le justiciable d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes (ATF 132 V 368 consid. 3.1). Ces dispositions ne confèrent cependant pas au justiciable un droit absolu à ce qu'un témoin soit entendu ou une expertise judiciaire effectuée. Le juge peut mettre un terme à l'instruction lorsqu'en se fondant sur une appréciation anticipée des preuves qui lui sont proposées, il parvient à la conclusion que celles-ci ne portent pas sur les faits pertinents ou ne seraient pas déterminantes, selon toute vraisemblance, pour constater ces faits (ATF 134 I 140 consid. 5.3; TF 8C_118/2011 du 9 novembre 2011 consid. 4.2.1 ; 9C_66/2011 du 4 octobre 2011 consid. 3.3).

Etant donné la jurisprudence précitée, une appréciation anticipée des preuves permet d'écarter les requêtes d'instruction médicale complémentaire, respectivement de suspension de la cause jusqu'à réception du rapport d'expertise pluridisciplinaire sollicitée par l'OAI, formulées successivement par le recourant. On ne voit pas en effet que de tels compléments soient de nature à apporter un éclairage nouveau ou pertinent de la situation médicale du recourant à l'égard de l'assurance-accidents.

e) S'agissant de la seconde condition posée par l'art. 19 al. 1, première phrase, LAA, force est en revanche de constater que les mesures de réadaptation, initiées par une mesure d'orientation professionnelle dès le 5 mars 2012, n'ont en l'état pas été menées à terme par l'OAI.

En effet, cet office a interrompu la réadaptation professionnelle à compter du 31 août 2012 et décidé de reprendre l'instruction médicale du cas, tout en précisant que les mesures corrélatives étaient « suspendues » en l'état (cf. courrier de l'OAI du 29 août 2012 et note au dossier du 10 septembre 2012).

Une aide au placement mise en œuvre du 15 juillet 2013 au 24 septembre 2014 ne permet pas plus de considérer que la réadaptation professionnelle aurait pris fin, étant donné la poursuite de l'instruction médicale par l'organisation d'une expertise pluridisciplinaire selon communication de l'OAI du 1^{er} septembre 2014. On ignore ainsi si de nouvelles mesures seront ou non diligentées par l'OAI, en fonction des conclusions médicales définitives.

f) Vu ces éléments, il y a lieu de déduire que le droit à la rente d'invalidité de l'assuré, au sens requis par l'art. 19 al. 1 LAA, n'était pas ouvert à la date de la décision sur opposition entreprise, faute de réalisation de la seconde condition imposée par cette disposition.

Cela étant, il faut constater que le cas de l'assuré correspond très exactement à la situation prévue à l'art. 30 al. 1 OLAA dans l'attente d'une décision définitive et exécutoire de l'OAI relative à la réadaptation professionnelle.

Partant, il convient de réformer la décision du 16 août 2013, respectivement la décision sur opposition du 7 novembre 2013, en ce sens que le recourant ne peut prétendre dès le 1^{er} septembre 2013 qu'à l'octroi d'une rente transitoire au sens des art. 19 al. 3 LAA et 30 al. 1 OLAA.

5. A ce stade, il y a lieu de statuer sur le degré d'invalidité de l'assuré, expressément contesté par devant la Cour de céans, afin de déterminer si le montant de la rente servie depuis le 1^{er} septembre 2013 correspond effectivement à la rente transitoire devant être allouée.

a) Selon l'art. 16 LPGa, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (cf. également : TF 8C_125/2010 du 2 novembre 2010 consid. 2 ; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 165 p. 898).

La notion de marché du travail équilibré est certes théorique et abstraite mais elle est inhérente au système et trouve son fondement à l'art. 16 LPGa. Cela signifie qu'il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail - ce qui revient à l'assurance-chômage -, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF 8C_771/2011 du 15 novembre 2012 consid. 4.2).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus

et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité ; dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; cf. ATF 128 V 29 consid. 1 ; TF 9C_195/2010 du 16 août 2010 consid. 6.2 ; cf. Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 165 p. 898-899).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 129 V 222 ; TF 9C_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2).

On soulignera qu'en édictant l'art. 19 al. 3 LAA, le législateur n'a pas voulu créer un nouveau mode d'évaluation de l'invalidité. Une rente fondée sur l'art. 30 OLAA doit donc aussi être fixée d'après la méthode de comparaison des revenus. Toutefois, l'évaluation intervient dans ce cas avant l'exécution éventuelle de mesures de réadaptation. Par conséquent, seule entre en considération, à cette date, l'activité qui peut raisonnablement être exigée de la part d'un assuré non encore réadapté, compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail (ATF 129 V 283 consid. 4.3 ; 116 V 246 consid. 3a ; TF 8C_1015/2012 du 28 octobre 2013 consid. 2.3).

b) Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé ; le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte si nécessaire de l'évolution des prix et de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 et 129 V 222 consid. 4.3.1 ; TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.1.2.1).

En l'espèce, l'intimée a obtenu les données concrètes de l'ancien employeur de l'assuré, C. _____ Sarl. Cette société a indiqué qu'en 2013, elle aurait rémunéré l'assuré au tarif horaire de 35 fr. 34, soit un revenu annuel de 70'587 fr. 40. Compte tenu d'un horaire de travail de 42,5 heures hebdomadaires, du droit aux vacances et des heures supplémentaires, la CNA a mis en évidence un revenu hypothétique sans invalidité de 92'283 fr. en 2013.

La CNA s'est ainsi conformée à la jurisprudence fédérale en la matière pour retenir à juste titre le salaire annuel concret, sur la base des données de l'employeur, au titre de revenu hypothétique sans invalidité. Le montant de 92'283 fr. peut être en conséquence confirmé.

Contesté par le recourant au stade de la procédure d'opposition, ce montant n'a toutefois pas été remis en cause plus avant, étant précisé, à l'instar de l'intimée, que le revenu de 99'051 fr. initialement mentionné par l'assuré dans ses écritures à la Cour de céans, correspond en effet exclusivement au gain assuré, distinct du revenu déterminant pour la comparaison des gains au sens de l'art. 16 LPGA.

c) En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible - le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base des données salariales résultant des DPT établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1 ; TF 8C_287/2010 du 18 novembre 2010 consid. 3).

Dans un tel cas, pour que le revenu d'invalidé corresponde aussi exactement que possible à celui que l'assuré pourrait réaliser en exerçant l'activité que l'on peut raisonnablement attendre de lui, l'évaluation dudit revenu doit nécessairement reposer sur un choix large et représentatif d'activités adaptées au handicap de la personne assurée

(ATF 128 V 29 consid. 1). C'est pourquoi la jurisprudence impose, en cas de recours aux DPT, la production d'au moins cinq d'entre elles (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2 ; TF 8C_809/2008 du 19 juin 2009 consid. 4.2.2 et 8C_4/2008 du 25 juin 2008 consid. 3.2).

En l'occurrence, dans la mesure où le recourant n'a repris aucune activité lucrative en l'état, la CNA était parfaitement légitimée à recourir aux DPT pour établir le revenu d'invalidé.

Quoi qu'en dise le recourant, on peut se rallier au raisonnement de l'intimée en ce qu'elle n'a pas pris en compte le salaire proposé à l'assuré dans le contexte d'un stage professionnel en entreprise, dans la mesure où celui-ci a finalement décidé de ne pas occuper cet emploi.

Il s'agit cela étant de déterminer si les cinq DPT sélectionnées par l'intimée sont adaptées à la situation spécifique de l'assuré.

ca) S'agissant de la DPT 5203, il apparaît que cette activité de praticien en logistique implique la préparation de commandes, en disposant sur une palette différents cartons pesant au maximum entre 10 et 13 kg pièce. Il s'agit également de manier une palette mécanique. L'activité ne comporte aucun port de charges importantes, ni de maniement d'objets, quand bien même un usage des deux mains est requis. Elle est déployée sur sol plat en local chauffé.

L'on ne voit aucune contre-indication à l'exercice de cet emploi par l'assuré, un tel poste étant à l'évidence strictement compatible avec les limitations fonctionnelles de sa main gauche.

cb) Il en va de même de l'activité de collaborateur de production décrite par la DPT 6461, exercée dans une entreprise active dans la fabrication de baguettes de construction et d'encadrement. En effet, l'employé enfile des lames de bois de 2 à 3 kg pièce dans une machine avant de les déposer dans un chariot et de les amener dans un

service de tri. Il n'y a pas de charges lourdes à porter, tandis que l'activité ne requiert que rarement le maniement d'objet sans exigences de motricité fine, en dépit de l'utilisation des deux mains.

cc) Eu égard à la DPT 594555, relative également à un poste de collaborateur de production, l'on relève qu'il s'agit d'une activité destinée à contrôler la qualité d'articles en tôle et de pièces détachées pour la construction de machines. Ce poste n'implique aucun port de charges, à l'inverse de maniement d'objets et la nécessité de pouvoir utiliser ses deux mains, sans toutefois être astreignant au niveau de la force ou de la précision requise.

Vu ce descriptif, une telle activité est également accessible au recourant au regard de ses restrictions fonctionnelles.

cd) La DPT 8449 concerne une activité de fabricant d'instruments de mesure. Cette activité sédentaire n'implique qu'un port de charges très légères et un travail sur ordinateur après avoir contrôlé visuellement des instruments de mesure. Une telle description ne comporte aucune tâche contre-indiquée médicalement dans le cas de l'assuré, de sorte qu'elle doit être considérée comme pleinement adaptée à son état de santé.

ce) Quant à la DPT 834346, elle correspond à un poste d'ouvrier de scierie où est effectué le tri de pièces de bois disposées sur un tapis, lesquelles doivent être dirigées dans un réceptacle ad hoc. Cet emploi ne comprend jamais de port de charges, à l'inverse du maniement d'objets légers. Les éléments contenus dans cette DPT permettent également de constater l'adéquation de l'activité concernée avec les restrictions médicales consécutives à l'accident du 29 mars 2010.

cf) Il est en définitive incontestable que les cinq DPT retenues par la CNA sont compatibles avec l'état de santé du recourant, dans la

mesure exposée ci-dessus. En outre, elles satisfont aux conditions formelles posées par la jurisprudence (cf. ATF 129 V 472).

C'est dès lors à juste titre que la CNA s'est référée aux cinq DPT produites pour déterminer le salaire réalisable par le recourant à plein temps à la date de la décision sur opposition entreprise, dans le respect des séquelles de l'accident du 29 mars 2010 .

Le revenu d'invalidé fixé sur ces bases, soit 59'883 fr. par année réalisable en moyenne en 2013 n'est donc pas critiquable.

d) En comparant le revenu d'invalidé (59'883 fr.) au revenu sans invalidité (92'283 fr.), on met effectivement à jour un degré d'invalidité de 35,1%, arrondi à 35%, tel que calculé par l'intimée.

Par conséquent, la décision de la CNA d'octroyer une rente d'invalidité à ce taux échappe à la critique. Il en va de même d'ailleurs s'agissant du montant de la rente mensuelle corrélative que l'assuré ne remet d'ailleurs pas spécifiquement en question.

e) Par surabondance, il s'agit d'observer que la détermination alternative du revenu d'invalidé au moyen de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), édictée par l'Office fédéral de la statistique (OFS), n'aboutirait pas à un résultat sensiblement différent.

En matière LAA, il est en effet possible, mais non impératif, de recourir à l'ESS pour déterminer le revenu d'invalidé dans le cas où l'assuré n'a repris aucune activité lucrative ou une activité ne correspondant pas à l'exigibilité (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Le Tribunal fédéral a renoncé à donner la préférence à cette méthode au profit de celle reposant sur les DPT (ATF 129 V 472 consid. 4.2).

En cas d'utilisation de l'ESS, on se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale

(ATF 124 V 323 consid. 3b/bb ; TF I 7/2006 du 12 janvier 2007 consid. 5.2 ; Pratique VSI 1999 p. 182).

En outre, une déduction supplémentaire des salaires statistiques peut être opérée dont la mesure dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 135 V 297 consid. 5.2 in fine ; 134 V 322 consid. 5.2 ; 126 V 75 consid.

5b/aa-cc ; TF 9C_704/2008 du 6 février 2009 consid. 3).

In casu, il conviendrait de se fonder sur le tableau TA1 de l'ESS 2012 indiquant un revenu mensuel de 5'210 fr. réalisable par un homme sans qualifications professionnelles requises dans les secteurs de la production et des services en 2012. Le montant annuel correspondant serait de 65'654 fr. du fait d'un horaire hebdomadaire moyen de 41,7 heures et après actualisation au moyen de l'indice suisse des salaires nominaux à l'année 2013 (cf. OFS / La Vie économique, n°1/2-2014, tableaux B 9.2 et B 10.3).

Quant à l'abattement qui devrait être opéré sur le montant précité, on peut constater qu'une réduction de 10% apparaîtrait adéquate dans le cas de l'assuré, pour tenir compte des restrictions fonctionnelles de son membre supérieur adominant. En revanche, il n'y aurait pas lieu de retenir de problèmes particuliers d'adaptation ou quelconque souci linguistique, cet assuré jeune s'avérant bien intégré en Suisse et doté d'une bonne maîtrise - à tout le moins orale - du français et de l'allemand. On ajoutera que le TA1 de l'ESS, dans des activités de niveau 1 (sans formation professionnelle requise), auquel l'on se réfèrerait en l'espèce, englobe une large palette d'activités simples et répétitives, ne requérant pas de compétences professionnelles particulières, ce qui exclut la prise

en compte d'un niveau de formation éventuellement insuffisant. Le montant déterminant serait en définitive de 59'088 francs.

La comparaison d'un tel revenu d'invalidé annuel avec le revenu hypothétique sans invalidité de 92'283 fr. mettrait à jour un degré d'invalidité de 36%.

f) Vu ce qui précède, on confirmera le degré d'invalidité et le montant de la rente allouée par la CNA selon ses décisions du 16 août 2013 et décision sur opposition du 7 novembre 2013.

9. En dernier lieu, il s'impose d'examiner la quotité de l'IPAI octroyée par la CNA, à concurrence d'un taux de 10%.

a) Celui qui, par suite d'un accident assuré, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (art. 24 al. 1 LAA).

Aux termes de l'art. 24 al. 2 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé. Cette disposition légale ne fixe pas seulement le moment auquel l'assureur-accidents doit statuer sur le droit éventuel à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, mais également le moment déterminant auquel les conditions matérielles du droit doivent être examinées. L'assureur doit d'abord statuer sur le droit à la rente avant de rendre sa décision sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (TF 8C_221/2012 du 4 avril 2013 consid. 4.2.2 ; TFA U 105/03 du 23 décembre 2003 consid. 5.2 in : RAMA 2004 n° U 508 p. 265).

D'après l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation 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.

b) Faisant notamment usage d'une délégation de compétence contenue à l'art. 25 al. 2 LAA, le Conseil fédéral a élaboré l'art. 36 OLAA. Selon l'alinéa 2 de cette disposition réglementaire, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 OLAA.

Cette annexe comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b ; 124 V 209 consid. 4a/bb ; 113 V 218 consid. 2a) - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité désignées à l'annexe 3 OLAA 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 valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure 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 OLAA et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; TF 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.1).

c) Le Tribunal fédéral des assurances a consacré le caractère objectif ou égalitaire de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, qui doit être fixée exclusivement en fonction de la gravité et de la durabilité de l'atteinte et non pas en fonction de la manière dont elle est vécue par l'assuré (ATF 113 V 218 consid. 4). La gravité de l'atteinte s'apprécie selon les constatations médicales. Elle doit être la même pour tous les assurés présentant le même status médical, sur la base des mêmes constatations

médicales objectives. Elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous et il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour l'assuré concerné ou des effets particuliers ressentis par un assuré donné (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b et les références citées).

Il incombe au premier chef aux médecins d'évaluer l'atteinte à l'intégrité, car, de par leurs connaissances et leur expérience professionnelles, ils sont les mieux à même de juger de l'état clinique de l'assuré et de procéder à une évaluation objective de l'atteinte à l'intégrité (Walter Gilg/Hans Zollinger, *Die Integritätsentschädigung nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung*, Berne 1984 p. 100 ss ; Thomas Frei, *Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung*, Fribourg 1998, p. 68). Cette appréciation a lieu sur le plan médico-théorique et les facteurs subjectifs doivent être mis à l'écart. Les circonstances particulières (handicap dans les loisirs, âge, etc.) de l'assuré ne sont pas prises en considération dans la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, ni la manière dont ce dernier ressent les douleurs.

d) En l'occurrence, la CNA a fixé à 10% le degré de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, se basant sur les appréciations du Dr N. _____ des 4 juillet 2012 et 22 mai 2013, confirmées par la Dresse W. _____ le 18 novembre 2015.

Ces médecins se sont basés sur la Table 3 des barèmes d'indemnisation des atteintes à l'intégrité, édictés par la CNA en 2000, afférente à la perte d'un ou plusieurs segments des membres supérieurs. Il en a extrait la figure 27 qui concerne l'amputation des deux premières phalanges de l'index et du médus d'une main et prévoit un taux d'indemnisation de 10%. Le Dr N. _____ a constaté que cette figure correspondait strictement au cas de l'assuré, observant sur des bases radiologiques que ce dernier avait subi une amputation de l'index au niveau interphalangien proximal, alors qu'il avait conservé l'articulation de la deuxième phalange du médus (cf. avis complémentaire du Dr

N._____ du 22 mai 2013). La Dresse W._____ a également constaté que « l'IPP du médius [était] encore intacte, avec un petit moignon osseux de la partie proximale de la phalange moyenne », les amputations subies ayant néanmoins permis de conserver les articulations métacarpo-phalangiennes (cf. avis de la Dresse W._____ du 18 novembre 2015).

Ce raisonnement et ses fondements peuvent être suivis, tandis que l'appréciation de la Dresse P._____ du 29 avril 2013, invoquée par le recourant pour solliciter une IPAI de 15%, part du principe d'une « amputation complète des rayons 2 et 3 de la main gauche ». Cela ne reflète toutefois pas complètement la situation de l'assuré, telle que mise en évidence par les radiographies effectuées en avril 2011 ou observable sur les photographies de la main du recourant versées au dossier de la CNA, puisque ce dernier a conservé pour partie les phalanges des deux doigts sectionnés. On ajoutera que la prise de position subséquente de la Dresse P._____ du 17 septembre 2015 retient essentiellement les douleurs et symptômes ressentis par l'assuré pour fixer le taux d'IPAI. Ces éléments ne sauraient toutefois dicter la fixation du taux d'IPAI, ainsi que l'ont rappelé la jurisprudence et la doctrine citées supra sous considérant 9c.

En outre, la simple consultation de la figure 27 contenue à la Table 3 des barèmes d'indemnisation des atteintes à l'intégrité permet de constater qu'elle s'avère pratiquement superposable au cas de l'assuré, tout en lui étant favorable, puisqu'il dispose pour sa part de la seconde phalange de son médius gauche.

Les griefs de l'assuré eu égard à l'IPAI doivent en conséquence être écartés, le taux de 10% retenu par l'intimée se trouvant bien fondé. La décision sur opposition du 7 novembre 2013 sera donc confirmée sur ce point.

10. a) Il résulte de l'exposé qui précède que la décision sur opposition attaquée doit être réformée uniquement en lien avec la nature

juridique de la rente d'invalidité allouée, laquelle doit être qualifiée de rente transitoire au sens de l'art. 30 al. 1 OLAA.

S'agissant d'une réforme d'office, sans conclusions du recourant dans ce sens, son recours doit être considéré comme rejeté.

b) Le présent arrêt est rendu sans frais, vu la gratuité de la procédure (cf. art. 61 let. a LPGA et 45 LPA-VD).

c) N'obtenant pas gain de cause, le recourant ne saurait prétendre des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

d) Le recourant bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Olivier Carré à compter _____ du 9 décembre 2013 jusqu'au terme de la présente procédure (cf. art. 118 al. 1 let. c CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Me Carré a produit le relevé des opérations effectuées pour le compte de son mandant en date des 11 novembre 2014 et 12 octobre 2015, ayant fait état en tout de treize heures et vingt-quatre minutes déployées _____ à _____ partir _____ du 9 décembre 2013.

Il convient d'y adjoindre environ une heure et demi d'activité jusqu'au 22 février 2016, date à laquelle le recourant a fait parvenir son ultime détermination.

Les opérations comptabilisées entrant dans le champ temporel et matériel du mandat, l'activité de Me Carré peut en définitive être arrêtée à quinze heures au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; RSV 211.02.3]), à quoi s'ajoutent les débours à concurrence de 200 fr. et la TVA au taux de 8%, ce qui représente un

montant total de 2'932 fr. pour l'ensemble des opérations assumées dans la présente cause.

Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton, dont la subrogation demeure réservée (cf. art. 122 al. 2 in fine CPC, également applicable sur renvoi).

Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser la somme de 2'932 fr. dès qu'il sera en mesure de le faire en vertu de l'art. 123 al. 1 CPC précité.

Il incombera au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (cf. art. 5 RAJ).

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision sur opposition rendue le 7 novembre 2013 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est réformée, en ce sens qu'il est précisé que la rente d'invalidité allouée au recourant est une rente transitoire au sens de l'art. 30 OLAA. La décision sur opposition du 7 novembre 2013 est confirmée pour le surplus.

- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

- V. L'indemnité d'office de Me Olivier Carré, conseil du recourant, est arrêtée à 2'932 fr. (deux mille neuf cent trente-deux francs), débours et TVA compris.

- VI. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'État.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Olivier Carré, à Lausanne (pour B. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, à Lucerne,

- Office fédéral de la santé publique, à Berne.

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

La greffière :