

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 juillet 2023

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
M. Gutmann et Mme Pelletier, assesseurs
Greffière : Mme Vulliamy

Cause pendante entre :

Z. _____, à [...], recourant, représenté par Me Giuliano Scuderi, avocat à Morges,

et

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

Art. 4, 16 LPGA ; 6 al. 1, 18 al. 1, 19 al. 1, 24 al. 1, 25 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], sans formation, travaillait en qualité de monteur sanitaire à 100 % depuis le 6 janvier 2020 auprès de l'entreprise F._____. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 6 octobre 2020, l'assuré a été victime d'un accident en déplaçant un canapé chez lui. Selon la déclaration de sinistre LAA complétée par l'employeur le 7 octobre 2020, le muscle du bras droit a lâché et s'est déchiré. Le travail a été interrompu ensuite de l'accident. Cette déclaration mentionnait en outre un salaire de base contractuel de 32 fr. par heure ainsi qu'une indemnité pour vacances/jours fériés de 3 fr. 40 et une gratification/13^e mois de 2 fr. 95, ainsi qu'un horaire de travail de 41 heures 25 par semaine.

Le Centre Médical [...] qui a prodigué les premiers soins a attesté une incapacité de travail à 100 % du 7 au 13 octobre 2020 par certificat du 7 octobre 2020.

L'assuré a été opéré le 12 octobre 2020 par le Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a posé le diagnostic de rupture de l'insertion distale du tendon biceps droit depuis la tubérosité radiale. L'opération a consisté en une refixation à l'aide d'une ancre Mitek.

Par certificat du 13 octobre 2020, le Dr C._____ a attesté une incapacité de travail à 100 % d'un mois dès cette date.

Une incapacité de travail totale a régulièrement été attestée depuis lors par les différents médecins consultés.

Par courriel du 24 novembre 2020, le Dr C. _____ a indiqué à la CNA que l'évolution était pour le moment favorable, mais que l'assuré aurait besoin de physiothérapie de longue durée. Il a également transmis le rapport relatif à un ultrason du coude droit effectué le 9 octobre 2020 mettant en évidence une rupture complète du tendon distal du biceps brachial avec une rétractation du tendon sur environ 8 cm et un petit hématome sur le site de la rupture associée à une infiltration liquidienne autour du moignon tendineux rétracté.

Par courrier du 25 novembre 2020, la CNA a informé l'assuré prendre en charge le cas et verser des indemnités journalières de 163 fr. par jour calendaire dès le 9 octobre 2020.

Le 19 février 2021, l'employeur a rempli un questionnaire de la CNA pour décrire le profil de travail de l'assuré dont il ressort notamment que la profession de monteur sanitaire se fait sur les chantiers et est une activité physique où il faut porter de charges diverses et avoir de la force dans les bras et les mains. S'agissant des charges, l'employeur a précisé que l'assuré devait soulever des charges de plus de 5 kg environ 20 fois par jour, de plus de 15 kg environ 5 fois par jour et de plus de 25 kg environ 3 fois par jour.

Selon le compte-rendu d'un entretien téléphonique du 15 avril 2021 entre la CNA et l'assuré, ce dernier a indiqué avoir débuté un apprentissage en tant que monteur sanitaire auprès de F. _____ en 2005-2006 mais n'avoir fait que la première année. Il a ensuite voulu changer d'horizon et a travaillé dans tous types de métiers liés à la construction (monteur portes et fenêtres, monteur plafond). Après avoir vu plusieurs activités, l'assuré est revenu en tant que monteur sanitaire auprès de [...], puis de F. _____ depuis le 6 janvier 2020 à 100 %.

Le 19 avril 2021, une imagerie par résonance magnétique (IRM) du coude droit a été pratiquée qui a révélé une tendinopathie modérée associée à quelques petites fissurations intra-tendineuses et à une inflammation modérée, ainsi qu'une tendinopathie proximale

débutante du tendon commun des extenseurs sans fissuration et sans inflammation.

Aux termes d'un rapport intermédiaire du 5 mai 2021 à la CNA, le Dr C._____ a retenu le diagnostic de déchirure du tendon du biceps distal droit avec refixation le 15 octobre 2020. Il a indiqué que l'évolution était lentement favorable concernant la mobilité et la force mais défavorable en lien avec une neurapraxie du nerf radial. Il a également précisé que l'IRM ne montrait pas de lésion nerveuse, qu'il y avait une bonne force de supination et des douleurs intermittentes. Il a mentionné que l'assuré suivait un traitement de physiothérapie et d'ergothérapie mais il ne s'est en revanche pas prononcé sur une éventuelle reprise du travail. Le Dr C._____ a également transmis à la CNA un rapport que l'ergothérapeute lui avait adressé le 1^{er} avril 2021 dans lequel elle indiquait ne pas comprendre pourquoi il y avait une atteinte au niveau du bras lui-même et se demandait ce qui avait entraîné une faiblesse dans les muscles innervés par un autre nerf que le radial. Elle s'interrogeait également sur la possibilité de procéder à un testing neurologique.

L'assuré a séjourné à la V._____ (ci-après : V._____) du 23 juin au 21 juillet 2021. Dans un rapport du 30 juillet 2021 à la CNA, les Drs X._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et K._____, respectivement chef de clinique et médecin-assistante à la V._____ ont posé les diagnostics de rupture de l'insertion distale du tendon du biceps brachial droit, de notion de neurapraxie du nerf radial postopératoire, sans précision et de tendinopathie modérée du biceps brachial distal, tendinopathie débutante proximale du tendon commun des extenseurs droits (IRM). Ils ont également indiqué ce qui suit :

« (...)

Epaules :

Inspection : sans particularité.

Palpation : indolore.

Amplitudes : libres et symétriques.

Rythme omothoracique : conservé.

Coudes (côté droit atteint) :

Palpation : palpation en regard du tendon distal du biceps radial douloureuse, en regard d'une cicatrice chirurgicale qui est non adhérente, légèrement hypertrophique mais non chéloïde et non allodynique. La

palpation en regard de l'épicondyle latéral est sensible. Le reste de la palpation osseuse du coude indolore.

Mobilités : flexion-extension quasi symétrique à droite à 140°-5°-0° en actif contre 140°-0°-0° à gauche, le flexum minimum à droite est non réductible. Pronosupination 90°-0°-70° symétrique. (...)

Les diagnostics suivants ont été posés au cours du séjour :

Sur le plan ostéoarticulaire : aucun nouveau diagnostic

Sur le plan neurologique : une hypoesthésie décrite au niveau du territoire cutané du nerf radial depuis le coude jusqu'à la face dorsale du pouce, pour laquelle nous souhaitions effectuer une évaluation neurologique qui n'a malheureusement pu être effectuée au cours du séjour, pour des raisons organisationnelles. Nous recommandons donc d'organiser ce contrôle neurologique en ambulatoire par le chirurgien-traitant.

Sur le plan psychiatrique : aucun diagnostic.

Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquent en partie par les lésions objectives constatées pendant le séjour (Cf. liste de diagnostics).

Des facteurs contextuels pourraient influencer négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient : un catastrophisme modéré chez un patient présentant des traits dépressifs et une perception majeure du handicap fonctionnel. (...)

La participation du patient aux thérapies a été considérée comme moyenne.

A part l'incohérence retrouvée dans le rapport des ateliers professionnels, la force de la main D au jamar si basse ne trouve pas de justification médicale. (...)

Au vu du résultat obtenu au cours de l'évaluation nous pouvons mentionner que le patient sous-estime ses aptitudes fonctionnelles. (...)

Ateliers professionnels : au cours du séjour le patient a été suivi aux ateliers professionnels. Il y a travaillé durant des périodes allant jusqu'à 4 heures consécutives. Il a effectué des activités comportant un niveau d'effort très léger et évitant les contraintes posturales importantes. Il est noté alors des incohérences par rapport aux performances obtenues lors des tests réalisés en comparaison avec les autres thérapies.

Nous concluons donc à des auto-limitations qui reflètent finalement que le niveau d'effort auquel le patient a bien voulu consentir.

Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes sont retenues pour le membre supérieur droit : port de charges répétés de plus de 15-25 kg.

La situation est pratiquement stabilisée d'un point de vue médical. A l'appui l'absence d'amélioration suite à un traitement intensif de physiothérapie et d'ergothérapie. En ce sens nous ne préconisons pas la poursuite des thérapies et nous invitons le patient à poursuivre les auto-exercices.

Une stabilisation médicale est attendue dans un délai de : 1 à 2 mois et proposons au médecin d'arrondissement de reconvoquer le patient, afin de réévaluer la situation au terme de ce délai. (...)

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité de monteur sanitaire est encore défavorable en lien avec les limitations décrites ci-dessus. Il

s'agit d'une activité avec un port de charge lourd que actuellement il ne remplit pas. (...)
Le pronostic de retour dans une activité respectant les limitations ci-dessus est favorable à 100%. »

Les Drs X._____ et K._____ ont également joint à leur envoi les documents suivants annexés le 4 août 2021 par la CNA :

- un rapport de la phase initiale aux ateliers professionnels de la V._____ établi le 29 juin 2021 par le Dr M._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et R._____, maître socio-professionnel, concluant à l'existence d'incohérences par rapport aux performances obtenues lors de la réalisation de leurs tests en comparaison avec les autres thérapies et à des autolimitations qui reflétaient finalement seulement le niveau d'effort auquel l'assuré avait bien voulu consentir ;

- une consultation de l'appareil locomoteur du 2 juillet 2021 du Dr X._____ retenant un status post-réinsertion du biceps brachial sans signe inflammatoire localement actuellement et sans signe de nouvelle déchirure, perte d'hyperéchogénicité du nerf radial au pli du coude par rapport au côté contro-latéral, pas de névrome et une bonne continuité du nerf ;

- un rapport d'ergothérapie du 22 juillet 2021 selon lequel la problématique principale, soit le manque de force et d'endurance en activité n'avait pas évolué au cours du séjour ;

- un rapport non daté de réadaptation de l'appareil locomoteur de la physiothérapeute W._____ dans lequel elle a indiqué que « le patient se montre compliant en thérapie mais devient de plus en plus démonstratif en thérapie individuelle, moins actif en thérapie de groupe et peu motivé en fin de semaine avec des absences annoncées lors des groupes en particulier le vendredi » ;

- une évaluation non datée des capacités fonctionnelles établi par la physiothérapeute P._____ relevant que l'assuré sous-estimait considérablement ses aptitudes fonctionnelles.

Dans un rapport du 13 septembre 2021, la Dre L._____, spécialiste en neurologie, a retenu les diagnostics de neuropathie probablement iatrogène touchant le nerf interosseux postérieur, au niveau de l'avant-bras droit et du nerf cutané latéral de l'avant-bras droit et de status après rupture du tendon distal du biceps du bras droit, traitée chirurgicalement en octobre 2020. Elle a notamment indiqué que l'atteinte sensitive actuelle était en rapport avec une lésion lors de l'intervention chirurgicale du nerf latéral cutané antébrachial droit et du nerf interosseux postérieur droit, probablement avec un pronostic réservé étant donné l'absence d'amélioration depuis bientôt une année. Elle a par contre exposé que cette atteinte nerveuse n'expliquait pas la faiblesse persistante du patient qui n'était apparemment pas due à une lésion nerveuse.

Par courriel du 22 septembre 2021 adressé à la CNA, le Dr C._____ a indiqué que l'assuré présentait encore des douleurs à la moindre charge et une anesthésie sur la région de la branche sensitive du nerf radiale malgré une IRM négative, ainsi qu'une faiblesse musculaire même au niveau des muscles dont l'innervation était intacte. A la dernière consultation du 23 août 2021, l'assuré montrait de la faiblesse, se fatiguait rapidement, tremblait à la charge et soulevait 5 kg à droite et 50 kg à gauche.

Dans un formulaire de demande de prestations rempli le 9 juin 2021 et reçu par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) le 20 octobre 2021, l'assuré a indiqué qu'il gagnait 32 fr. de l'heure, 3 fr. 40 pour les vacances et jours fériés et 2 fr. 95 de gratification auprès de l'entreprise F._____.

Par rapport du 4 novembre 2021, le Dr C._____ a indiqué que l'assuré lui avait décrit de grosses difficultés au port de charge,

notamment qu'il lâchait une bouteille de 1 kg trop lourde pour lui avec une fatigue survenant assez rapidement.

Par communication du 8 décembre 2021, l'OAI a informé l'assuré qu'il pouvait être mis au bénéfice d'une mesure d'intervention précoce comprenant trois modules effectués auprès de la Fondation [...] du 20 décembre 2021 au 10 juin 2022.

L'assuré a été examiné le 11 mars 2022 par le Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement auprès de la CNA. Dans son rapport du même jour, le Dr S._____ a retenu ce qui suit :

« Déclarations de la personne assurée

Assuré de 33 ans qui n'a pas repris le travail depuis l'événement du 06.10.2020. Car depuis la réinsertion du tendon distal du biceps D du 19.04.2021 il présente une perte de force de son MSD associée à des douleurs et des tremblements qui sont gênants. Ces douleurs sont diurnes qui l'empêchent de dormir, celles-ci au repos sont à 6/10 sur l'échelle analogique de la douleur et peuvent monter jusqu'à 8/10.

Il prend 500 mg de Dafalgan 2 fois par jour, associé à du Mydocalm 150 mg 2 fois par jour qui l'aident au niveau de sa symptomatologie. Il met aussi de l'eau chaude sur son avant-bras car ses douleurs sont situées juste après le pli du coude du côté palmaire sur le côté radial qui représentent à peu près 10 cm de diamètre. Il a également une hypoesthésie de cette zone allant jusque dans le pouce.

Il fait toujours de la physiothérapie à raison de 2 séances par semaine mais ne constate plus de progrès. Il fait lui-même des exercices au quotidien à la maison. Il est suivi par le Dr C._____ qui prescrit les arrêts de travail mais ne propose plus de traitement particulier.

Il est Suisse et est marié depuis 8 ans. Sa femme travaille comme sommelière, ils n'ont pas eu d'enfant.

Depuis l'âge de ses 15 ans il travaille dans le domaine du sanitaire mais n'a pas fait de CFC.

Il est en bonne santé habituelle. Il fume 1 paquet de cigarettes par jour. Il n'a pas d'allergie.

Constatations

Assuré d'allure en excellente santé. Taille 171 cm. Poids 108 kg. BMI à 36 kg/m².

Au niveau des épaules

La musculature est importante et symétrique.

L'élévation des deux épaules est symétrique à 170° et les tests de Jobe sont tenus des deux côtés. Néanmoins l'élévation de l'épaule D est plus

lente que la G avec un tremblement en fin de course. Les rotations internes sont à l'aile iliaque G et D avec un Lift-off négatif à G, un Lift-off positif à D. L'abduction des épaules est symétrique, il n'y a pas de signe de Popeye. Etonnement, lorsqu'il a contracté ses biceps de façon bilatérale, il y a également eu un tremblement lorsqu'il a contracté le biceps G qu'il explique par la force importante de cette contraction. (...)

Diagnostic

- 06.10.2020 Rupture de l'insertion distale du tendon du biceps brachial D.
- Notion de neurapraxie du nerf radial, postopératoire, sans précision.

Appréciation

Assuré de 33 ans, travaillant comme sanitaire qui a eu besoin d'une réinsertion distale du tendon du biceps D le 12.10.2020. L'évolution est marquée par des douleurs chroniques au niveau de ce tendon bicipital à son insertion distale. Il fait de la physiothérapie mais qui a peu d'effets. L'IRM du 19.04.2021 montre qu'il n'y a pas de redéchirure du tendon mais qu'il reste une tendinopathie et également qu'il y a une bonne trophicité des muscles du tiers distal du bras et du tiers proximal de l'avant-bras sans dégénérescence graisseuse et sans œdème.

Objectivement, il y a une diminution de la force du MSD avec un ralentissement des mouvements mais néanmoins conservée. Il y a une amyotrophie musculaire du MSD vis-à-vis de la G, mais néanmoins il persiste une musculature importante à D. Il y a un flexum de 15 degrés du coude D.

Sur le plan médical, on ne constate plus d'amélioration raison pour laquelle on peut retenir les limitations fonctionnelles suivantes pour le MSD : port de charges répété de plus de 15 à 25 kg.

Dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles décrites ci-dessus, la capacité exigible est de 100 % sans diminution de rendement pour les suites de l'événement du 06.10.2020. L'activité habituelle, telle que celle exercée avant le 06.10.2020, n'est plus exigible car elle ne respecte pas les limitations fonctionnelles retenues.

L'assuré ne présente pas de séquelles qui correspondent à un taux d'IpAI selon les tables indemnisation pour atteintes à l'intégrité selon la LAA.

A noter que, comme le neurologue et l'ergothérapeute, on ne comprend pas la perte importante de force du MSD qui atteint même l'épaule alors que l'IRM du 19.04.2021 n'a pas montré de dégénérescence musculaire. »

Par courrier du 11 avril 2022, la CNA a signifié à l'assuré qu'elle mettrait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 30 avril 2022, dans la mesure où sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée en tenant compte des limitations suivantes : port de charges répété de plus de 15 à 25 kg.

Par projet de décision du 3 mai 2022, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui refuser une rente et des mesures professionnelles, son degré d'invalidité n'étant que de 6.93 %.

Par décision du 23 mai 2022, la CNA a refusé d'allouer une rente d'invalidité et une indemnité pour atteinte à l'intégrité à l'assuré estimant qu'il était à même d'exercer une activité dans différents secteurs de l'industrie à la condition de ne pas porter de charges de manière répétée de plus de 15 à 25 kg. Une telle activité était exigible durant toute la journée et permettrait à l'intéressé de réaliser, selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : l'ESS), un revenu résiduel de 69'061 fr. pour un homme, au niveau de compétence 1 ; comparé au revenu réalisable sans l'accident de 74'506 fr. [calculé comme suit : 32 fr. x 41h25 x 52 x 108.33 % x 100.2 % (rench 21-22)], il en résultait une perte de 7 %. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, celle-ci ne saurait être allouée dès lors que l'assuré ne présentait pas d'atteinte importante à l'intégrité physique d'après l'examen effectué le 11 mars 2022.

Le 21 juin 2022, l'assuré, désormais représenté par son conseil, a formé opposition à l'encontre de la décision précitée et a conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité fondée sur un taux d'invalidité de 27 % et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30 %. Il a fait valoir que ses capacités résiduelles avaient été surestimées sans aucune base objective et que cette appréciation était contraire aux constatations du Dr C._____. Le fait que la CNA ait retenu qu'il serait à même d'exercer une activité dans différents secteurs de l'industrie durant toute la journée à condition de ne pas porter de charges répétées de plus de 15 à 25 kg, appréciation qui découlait principalement du rapport de la V._____, ne se justifiait aucunement. En outre, le Dr C._____ a confirmé que les limitations fonctionnelles retenues par la CNA avaient été surestimées, ce dernier préconisant une charge maximale et occasionnelle de 5 kg. Ainsi, l'appréciation de la CNA était contraire aux examens réalisés et à l'appréciation du Dr C._____. L'assuré a également contesté le revenu sans invalidité, celui-ci devant être fixé au maximum à 55'000 fr. par

année dès lors que seules les activités ne devant pas impliquer l'utilisation du membre supérieur droit devaient être considérées comme adaptées. Aussi, en comparaison avec le gain de 74'506 fr. réalisable avant l'accident, il en résultait une perte de 27 % laquelle donnait le droit à une rente d'invalidité. Il a enfin allégué avoir droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20 % dès lors qu'il ne pouvait utiliser son bras droit que de manière ponctuelle et de 10 % supplémentaire du fait qu'il présentait un trouble dépressif récurrent. En définitive, il a soutenu avoir droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30 % du fait qu'il souffrait d'une atteinte importante et durable en raison de l'accident. L'assuré a également joint à son envoi un certificat du 3 juin 2022 du Dr C. _____ selon lequel la capacité de travail dans une activité adaptée était totale en tenant compte d'un port de charge occasionnel et non répétitif de maximum 5 kg et selon lequel il y avait une atteinte à l'intégrité de 20 %. Il a également produit une attestation du 8 juin 2022 du Dr Q. _____, spécialiste en médecine interne générale, certifiant avoir examiné « la patiente Z. _____, née le [...] lors d'une consultation médicale le 8 juin 2022. Mme Z. _____ présente les diagnostics suivants : F33.2 - Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, F62.8 - Autres modifications durables de la personnalité liées à long exposition aux douleurs suite à une opération de coude droite (complications), Antécédentes : Status post OP coude droite avec complications. »

Par courriel du 7 octobre 2022, F. _____ a indiqué à la CNA que le salaire de l'assuré était, pour un horaire de 41 heures 25 par semaine, de 32 fr. de l'heure en 2020 et 2021 et de 32 fr. 30 en 2022 avec en sus une indemnité pour les jours fériés et le 13^e salaire.

Par décision sur opposition du 9 novembre 2022, la CNA a partiellement admis l'opposition de l'assuré. Elle a pour l'essentiel considéré que les conclusions de son médecin d'arrondissement avaient pleine valeur probante et n'étaient remises en cause par aucun élément au dossier ou produit par l'assuré, de sorte que c'était à bon droit qu'elle s'était basée sur celles-ci pour rendre sa décision. S'agissant du calcul du

degré d'invalidité, la CNA a corrigé sa précédente décision en ce sens qu'elle a arrêté le revenu de valide à 75'054 fr. 82 selon le calcul suivant : 32 fr. 30 x 41h25 x 52 x 108.33 %. Elle a fixé le revenu d'invalidé à 66'661 fr. 49 en se basant sur l'ESS 2020 tout en tenant compte de l'évolution des salaires. Après comparaison des deux revenus, le degré d'invalidité de l'assuré était de 11.18 %, arrondi à 11 %. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, la CNA a considéré que l'appréciation du Dr S._____ selon laquelle l'assuré ne présentait pas de séquelles devait être suivie, n'étant pas mise en cause par les autres pièces du dossier, en particulier l'attestation du Dr C._____ du 3 juin 2022 dont les quelques mots rédigés à la main ne faisaient pas le poids.

Par décision du 29 novembre 2022, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré.

B. Par acte du 6 décembre 2022, Z._____, toujours représenté par son conseil, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition de la CNA du 9 novembre 2022 en concluant préalablement à l'octroi de l'assistance judiciaire, principalement à la réforme de la décision litigieuse en ce sens qu'il a droit à une rente d'invalidité fondée sur un taux d'invalidité de 27 % et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20 %, subsidiairement à l'annulation de la décision dans le sens des considérants. Il a également requis qu'un rapport circonstancié soit demandé au Dr C._____ et subsidiairement à ce qu'une expertise judiciaire soit ordonnée. Reprenant les arguments avancés dans son opposition du 21 juin 2022, à savoir que ses capacités résiduelles avaient été surestimées sans base objective et que cette appréciation était contraire aux constatations du Dr C._____, il a en outre fait valoir une violation du droit d'être entendu en raison de l'absence de mesures d'instruction en rapport avec sa situation médicale alors même que le rapport du médecin conseil et celui de la V._____ étaient manifestement lacunaires quant à l'évaluation de sa capacité de travail résiduelle. Il a également allégué que ni le rapport de la V._____ ni la décision attaquée ne permettaient de comprendre sur quelle base concrète des

incohérences par rapport aux performances obtenues lors des tests réalisés en comparaison avec les autres thérapies avaient été retenues pas plus que les raisons pour lesquelles on pouvait attendre de sa part une activité avec des ports de charge de 15-25 kg. Il a encore relevé que si les déclarations du Dr C._____ étaient certes succinctes et non motivées, elles avaient néanmoins le mérite d'exister. Il a à nouveau rappelé que le montant à retenir à titre de revenu sans invalidité s'élevait au maximum à 55'000 fr. par année et qu'une perte de 27 % devait être retenue. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, le recourant a allégué souffrir, en raison de l'accident, d'une atteinte importante et durable, tant physique que psychique de 20 %.

Aux termes d'une décision du 13 décembre 2022, la juge instructrice a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 6 décembre 2022, sous forme d'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Giuliano Scuderi, le recourant étant en outre exonéré de toute franchise mensuelle.

Par courrier du 23 décembre 2022, le recourant, sous la plume de son conseil, a fait valoir un élément complémentaire s'agissant du calcul du degré d'invalidité en ce sens que le calcul effectué pour l'année 2022 tenait compte de quatre semaines de vacances (8.33 %), alors qu'il disposait de cinq semaines (10.64 %) et que la gratification perçue n'avait pas été prise en compte. Ainsi, le salaire sans invalidité n'était pas inférieur à 82'425 fr. 27 en tenant également compte d'un renchérissement de 0.2 %. Le recourant a encore indiqué que le Dr C._____ ayant attesté du fait qu'il ne pouvait pas être exigé de lui qu'il travaille à 100 %, une expertise était nécessaire pour déterminer son taux d'occupation. A cet égard, il a relevé qu'un abattement de 5 % au moins devait être retenu pour tenir compte du fait que le salaire touché pour une activité à temps partiel était inférieur à celui d'une activité à plein temps.

Par réponse du 9 février 2023, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a d'abord exposé que le droit aux vacances du recourant

avait été pris en compte en multipliant le salaire hebdomadaire par 52 semaines (et non par 47 semaines) et que sa gratification de 2 fr. 95 à titre de 13^e salaire avait également été prise en compte par le biais du taux de 108.33 % (soit $13/12 \times 100$). Elle a ensuite relevé que le recourant ne saurait se prévaloir d'une violation de son droit d'être entendu dès lors que la question de la motivation insuffisante des rapports médicaux sur lesquels elle s'était basée avait fait l'objet d'une réponse détaillée dans la décision litigieuse. Elle a précisé que c'était la pondération d'un ensemble d'éléments qui avait conduit la V._____ à souligner l'existence d'une incohérence puis à retenir une capacité de travail plus élevée que celle déclarée lors des ateliers de réadaptation. Enfin, elle a indiqué qu'il n'était pas nécessaire de demander un complément au Dr C._____ du moment que le dossier du recourant contenait d'autres appréciations de ce médecin et que son avis peu argumenté restait isolé face aux conclusions concordantes des médecins de l'assurance, de la V._____ et de la Dre L._____.

Par écriture du 7 mars 2023, le recourant, par son mandataire, a réitéré sa réquisition tendant à la mise en œuvre d'une expertise en vue d'établir avec précision la gravité de l'atteinte dont il souffrait et ses limitations fonctionnelles afin de déterminer quel taux d'occupation était possible.

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, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents, en particulier sur le droit à une rente et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

3. Le recourant invoque, sur le plan formel, une violation de son droit d'être entendu de la part de la CNA, ainsi qu'une violation du principe inquisitoire, pour ne pas avoir interpellé le Dr C. _____ pour connaître les motifs ou constats sur lesquels il se fondait pour établir les limitations fonctionnelles et pour ne pas avoir ordonné un complément d'expertise.

a) 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 toute partie 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 145 I 167 consid. 4.1 ; 143 V 71 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1). 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 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

b) En l'espèce, en tant qu'il porte sur le refus implicite de la CNA de répondre à cette mesure d'instruction, le grief tiré de la violation du droit d'être entendu se confond toutefois avec celui de la violation de l'obligation d'instruire (art. 43 al. 1 LPGA), à savoir avec celui de la constatation manifestement inexacte (y compris arbitraire) ou incomplète

des faits pertinents, de sorte qu'il convient de l'examiner avec le fond du litige.

4. 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. Selon l'art. 4 LPGA, 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.

b) Aux termes 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, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite. 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 la personne assurée – ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2) – 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 (art. 19 al. 1 LAA).

c) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20] et 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, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut

raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

5. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) 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 et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. 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 la personne assurée, 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 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

6. Dans sa décision sur opposition du 9 novembre 2022, la CNA s'est fondée sur l'appréciation du Dr S._____ pour retenir que l'assuré était en mesure de travailler à un taux de 100 % sans perte de rendement dans une activité adaptée devant éviter le port répété de charges de plus de 15 à 25 kg.

Le recourant, pour sa part, a critiqué l'évaluation de l'intimée en faisant valoir que, selon les constatations du Dr C._____, la charge maximale retenue était manifestement trop élevée et que l'utilisation de son bras droit n'était pas constante même lors de l'utilisation de charges réduites.

a) Le médecin d'arrondissement de la CNA a examiné le recourant le 11 mars 2022. Au terme de cet examen, il a constaté en particulier que la musculature au niveau des épaules étaient importante et symétrique et qu'il y avait étonnamment un tremblement lorsque le biceps gauche était contracté. Il a posé les diagnostics de rupture de l'insertion distale du tendon du biceps brachial droit et une notion de neurapraxie du nerf radial, postopératoire, sans précision. Il a retenu les limitations fonctionnelles suivantes pour le membre supérieur droit : port de charges répété de plus de 15 à 25 kg. En outre, le Dr S._____ a estimé que l'activité habituelle n'était plus exigible et qu'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles précitées était attendue sans diminution de rendement.

Cette appréciation confirme celle des médecins de la V._____ qui ont évoqué une stabilisation médicale dans un délai de 1 à 2 mois, soit entre août et septembre 2021 et un pronostic de retour dans une activité respectant les limitations du recourant favorable à 100 %, tout en précisant que la situation était pratiquement stabilisée d'un point de vue médical (cf. p. 5 du rapport du 30 juillet 2021).

b) Aucun élément du dossier ne vient contredire de manière convaincante l'analyse et les conclusions du Dr S._____. En effet, les rapports du Dr C._____ ne se prononcent pas sur la capacité résiduelle de travail du recourant suite à l'accident du 6 octobre 2020 (cf. rapports des 5 mai et 4 novembre 2021 et courriel du 21 septembre 2021), sauf dans son certificat du 3 juin 2022 dans lequel il a attesté une capacité de travail entière dans un activité adaptée. S'agissant de la capacité de port de charges du recourant limitée à 5 kg indiquée par le Dr C._____, on relèvera qu'il est le seul médecin à avoir posé une restriction en dessous de celle retenue par le Dr S._____ de 15-25 kg. Or, force est de constater que ce certificat est pour le moins succinct, ce que le recourant admet d'ailleurs lui-même (cf. p. 6 du recours du 6 décembre 2022), et ne justifie pas pourquoi il se distancie des médecins de la V._____ et du Dr S._____. On doit en outre relever que le Dr C._____ a principalement relayé les plaintes de son patient (cf. en particulier le rapport du 4 novembre 2021) alors que tant les médecins de la V._____ que le Dr S._____ ont relevé l'existence d'incohérences ainsi que le fait que le recourant sous-estimait ses aptitudes fonctionnelles. Ainsi, les médecins de la V._____ ont noté des incohérences par rapport aux performances obtenues lors des tests réalisés en comparaison avec d'autres thérapies (cf. p. 5 du rapport du 30 juillet 2021 et p. 7 du rapport de la phase initiale du 29 juin 2021), ont relevé que la force de la main droite au jamar était trop basse pour que cela trouve une justification médicale (cf. p. 5 du rapport du 30 juillet 2021) et ont conclu à des autolimitations reflétant finalement seulement le niveau d'effort auquel le recourant a bien voulu consentir (cf. p. 1 de l'évaluation des capacités fonctionnelles du 4 août 2021, p. 5 du rapport du 30 juillet 2021 et p. 7 du rapport de la phase initiale du 29 juin 2021). A cet égard, le rapport de physiothérapie du 30 juillet 2021 mentionne que le recourant se montrait compliant en thérapie mais devenait de plus en plus démonstratif en thérapie individuelle, moins actif en thérapie de groupe et peu motivé en fin de semaine avec des absences annoncées lors des groupes en particulier le vendredi. On relèvera ici que, contrairement à ce que soutient le recourant, l'appréciation des médecins de la V._____ n'est pas vague mais basée non seulement sur les observations et constatations des différents intervenants

(physiothérapeute, ergothérapeute, ateliers professionnels, etc.) mais également sur l'ensemble des éléments du dossier, notamment les antécédents médicaux du recourant, les différentes imageries effectuées ainsi que sur leurs propres observations.

Ensuite, le Dr S. _____ a relevé que, comme le neurologue et l'ergothérapeute, on ne comprenait pas la perte importante de force du membre supérieur droit qui atteignait même l'épaule alors que l'IRM du 19 avril 2021 n'avait pas montré de dégénérescence musculaire (cf. courriel du 1^{er} avril 2021 de l'ergothérapeute, rapport du 13 septembre 2021 de la Dre L. _____ et p. 5 du rapport du 11 mars 2022). A cet égard, on peut mentionner que le Dr C. _____ lui-même a relevé que l'IRM était négative (cf. rapport du 5 mai 2021 et courriel du 22 septembre 2021), ce qui a été confirmé par la Dre L. _____ qui a indiqué que s'il y avait une atteinte sensitive en rapport avec une lésion lors de l'intervention chirurgicale du nerf latéral cutané antébrachial droit et du nerf interosseux postérieur droit, cette atteinte nerveuse n'expliquait pas la faiblesse persistante du recourant qui n'était apparemment pas due à une lésion nerveuse.

c) Les éléments médicaux au dossier ne permettent donc pas de mettre en doute les conclusions du médecin d'arrondissement. A cela s'ajoute que le rapport du 11 mars 2022 du Dr S. _____ est détaillé et motivé, que ses conclusions sont claires et étayées, qu'il tient compte des plaintes de l'assuré et a été établi à l'issue d'un examen clinique et en connaissance du dossier, de sorte qu'il y a lieu de lui reconnaître une pleine valeur probante. Dans ces circonstances, il ne peut être reproché à l'intimée de ne pas avoir mis en œuvre une expertise médicale portant sur la question des limitations fonctionnelles et de la gravité de l'atteinte et, partant, une violation du droit d'être entendu.

En conséquence, la Cour de céans ne peut que se rallier à l'appréciation du Dr S. _____, reconnaissant au recourant une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

d) Il y a lieu de relever ici qu'aucun trouble psychique n'a été retenu lors du séjour du recourant à la V. _____ (cf. p. 4 du rapport du 30 juillet 2021) et que l'état de santé psychique du recourant ne fait l'objet d'aucun diagnostic, ni suivi. Seul le Dr Q. _____ a mentionné, dans son attestation du 8 juin 2022, les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sans symptômes psychotiques et d'autres modifications durables de la personnalité liée à une longue exposition aux douleurs. Or, les diagnostics retenus ne sont ni détaillés, ni étayés médicalement. On doit de plus relever que l'attestation n'émane pas d'un psychiatre et qu'elle se réfère à une femme. A l'aune de tels éléments, on ne saurait de toute évidence considérer que l'existence d'une atteinte à la santé psychique ait été établie au degré de la vraisemblance prépondérante prévalant en matière d'assurances sociales (cf. ATF 139 V 176 consid. 5.3), et ce encore moins sous l'angle du lien de causalité nécessaire avec l'évènement du 6 octobre 2020. Le recourant, du reste, n'a pas réitéré cet argument dans le cadre de son recours comme il l'avait fait dans son opposition du 21 juin 2022.

7. Sur le plan économique, il appert que l'intimée a initialement retenu une perte de gain de 7 % dans sa décision du 23 mai 2022, avant de conclure finalement à une perte de gain de 11 % basée sur les nouvelles statistiques ESS publiées pour l'année 2020 dans sa décision du 9 novembre 2022. Dans son recours, le recourant a contesté le degré d'invalidité retenu par l'intimée et allégué que sa perte de gain se montait à 27 %, le revenu auquel il pouvait prétendre avec l'invalidité devant se chiffrer à 55'000 francs.

a) Pour évaluer le taux d'invalidité au sens de l'art. 18 LAA et ainsi le montant de la rente, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGGA).

b) 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 (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; TF 8C_1/2020 du 15 octobre 2020 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 (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 et les références ; TF 8C_837/2019 du 16 septembre 2020 consid. 5.2).

c) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

d) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 143 V 295 consid. 2.2). Un éventuel salaire social versé par l'employeur n'est pas pris en considération. La preuve d'un tel salaire social est toutefois soumise à des exigences strictes, car on peut partir du principe que les salaires payés équivalent normalement à une prestation de travail correspondante (ATF 141 V 351 consid. 4.2).

e) aa) Lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être

évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1).

bb) Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

cc) La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75).

8. En l'occurrence, l'intimée a calculé le degré d'invalidité du recourant en tenant compte d'un revenu sans invalidité de 75'054 fr. 82 en se fondant sur les informations données par l'employeur pour l'année 2022, soit un salaire horaire de 32 fr. 30 avec une indemnité de 3 fr. 40 pour les vacances et jours fériés et de 2 fr. 95 à titre de 13^e salaire. A cet égard, le recourant a fait valoir que le calcul effectué par l'intimée ne tenait pas compte de cinq semaines de vacances, ni de la gratification à titre de 13^e salaire. Or, comme l'a expliqué à juste titre l'intimée dans sa

réponse du 9 février 2023, le droit aux vacances du recourant a été pris en compte en multipliant le salaire horaire hebdomadaire par 52 semaines (et non par 47 semaines dans le cas où les vacances sont comprises au stade du revenu horaire) et la gratification a été prise en compte par le biais du taux horaire de 108.33 %. Ainsi, le calcul effectué par l'intimée, soit $32.3 \times 41.25 \times 52 \times 108.33 \%$ est correct et doit être confirmé. On relèvera ici que l'intimée a correctement tenu compte d'un salaire horaire de 32 fr. 30 comme indiqué par F. _____ dans son courriel du 7 octobre 2022 et non du salaire de 32 fr. perçu par le recourant en 2020 et 2021 tel que retenu par le recourant dans son courrier du 23 décembre 2022.

S'agissant du revenu avec invalidité fixé à 66'661 fr. 49, l'intimée s'est basée, dans sa décision sur opposition du 9 novembre 2022, sur l'ESS 2020, TA1_skill level, tous secteurs d'activité confondus, niveau de compétence 1 pour un homme. L'intimée a rapporté les chiffres de l'ESS 2020 à une durée hebdomadaire de 41.7 heures et les a indexés selon des taux de -0.7 % pour 2021 et 2 % estimé pour l'année 2022. Le recourant ne conteste pas le principe d'un calcul du revenu d'invalidé sur la base de l'ESS vu l'absence de revenu effectivement réalisé. Son argumentation consiste à dire d'une part qu'il ne peut être exigé de lui l'exercice d'une activité dans le cadre de l'industrie au vu de ses limitations fonctionnelles et que, sur cette base, le revenu que l'on peut attendre de lui s'élève au maximum à 55'000 fr. et, d'autre part, à remettre en cause l'absence d'abattement que l'intimée aurait dû retenir pour tenir compte de son taux d'occupation réduit.

Selon les différentes informations ressortant du dossier, le recourant a commencé un apprentissage d'installateur sanitaire avant d'être chauffeur-livreur, monteur de fenêtres, déménageur et enfin installateur sanitaire dès 2013 (cf. compte-rendu du 15 avril 2021 et rapport de la phase initiale du 29 juin 2021). Son parcours professionnel démontre qu'il a su s'adapter à différents emplois, de sorte qu'on ne voit pas pourquoi il n'en serait pas de même actuellement. Il est par ailleurs renvoyé à l'exercice d'une activité légère ne nécessitant pas de

connaissances ni de formation particulières (niveau de compétence 1 de l'ESS ; TF 8C_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.2).

Quant à ses atteintes physiques, elles ont conduit à retenir une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et ne justifient dès lors pas un nouvel abattement (TF 9C_537/2019 du 25 février 2020 consid. 4.2), pas plus qu'un éventuel taux partiel allégué par le recourant qui n'entre en l'espèce pas en compte dès lors qu'une capacité de travail à 100 % a été retenue.

Les griefs du recourant sont donc mal fondés et le revenu avec invalidité tel que retenu par l'intimée peut être confirmé. En définitive, la comparaison du revenu sans invalidité (75'054 fr. 82) et du revenu avec invalidité (66'661 fr. 49) conduit ainsi à un taux d'invalidité de 11.18 % $([75'054 \text{ fr. } 82 - 66'661 \text{ fr. } 49] / 75'054 \text{ fr. } 82 \times 100)$, arrondi à 11 % (ATF 130 V 121). C'est ainsi à juste titre que l'intimée a octroyé au recourant une rente d'invalidité conforme à ce taux.

9. L'intimée a également dénié au recourant le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité résultant de l'accident assuré. Le recourant a conclu pour sa part à l'octroi d'une indemnité pour une atteinte à l'intégrité d'un taux de 20 %.

a) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, 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.

Conformément à 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. Cette disposition de l'ordonnance a été jugée conforme

à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2.2).

Aux termes de 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, qui s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez toutes les personnes 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 la personne concernée (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b ; TF 8C_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1). L'évaluation de l'atteinte à l'intégrité incombe avant tout aux médecins, qui doivent d'une part constater objectivement les limitations, et d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (TF 8C_566/2017 précité consid. 5.1 et la référence).

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 de l'OLAA (art. 36 al. 2 OLAA). Cette annexe comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème - reconnu conforme à la loi - ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 29 consid. 1b, 113 V 218 consid. 2a). Il représente une « règle générale » (ch. 1, première phrase, de l'annexe 3). 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, deuxième phrase, de l'annexe 3). Le ch. 2 de l'annexe 3 OLAA dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, la Division médicale de la CNA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Sans lier le juge, ces tables sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 OLAA (ATF 124 V 209 consid.

4a/cc ; TF 8C_198/2020 du 28 septembre 2020 consid. 3.1) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle.

b) En l'espèce, l'intimée a nié le droit du recourant à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, motif pris de l'absence d'atteinte importante à l'intégrité physique conformément à l'appréciation du Dr S._____.

Le recourant conteste ce refus mais ne se prononce toutefois pas sur l'existence même d'une atteinte importante à l'intégrité, se bornant à alléguer qu'il ne peut utiliser son bras droit que de manière ponctuelle et que sa perte de force est très importante. Ce faisant, il se contente de remettre en cause l'appréciation du Dr S._____ en lui opposant l'appréciation de la situation par le Dr C._____ qui se résume à quelques mots rédigés à la main sans apprécier la situation, ni l'étayer du point de vue médical. Cela ne saurait suffire à remettre en cause l'avis du médecin d'arrondissement, étant précisé que tant celui-ci que les médecins de la V._____ ont constaté que la flexion-extension du coude était quasi symétrique à droite qu'à gauche et que la pronosupination était symétrique. A défaut d'éléments médicaux au dossier jetant le moindre doute sur l'appréciation du Dr S._____, cette évaluation emporte conviction et peut donc être confirmée.

10. Au vu de ce qui précède, il faut constater que les pièces médicales au dossier permettent à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de donner suite aux mesures d'instruction requises par le recourant, à savoir interpellier le Dr C._____ pour qu'il produise un rapport circonstancié des limitations fonctionnelles constatée et leur évolution et ordonner une expertise judiciaire. En effet, de telles mesures ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. Les requêtes du recourant en ce sens doivent ainsi être rejetées par appréciation anticipée des preuves (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

11. 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. fbis LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause et que l'intimée agit en sa qualité d'assureur social (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205).

c) Le recourant ayant été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, son conseil d'office a droit à une rémunération équitable (art. 122 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272]). Celui-ci a produit une liste d'opérations en date du 8 mai 2023 qui fait état de 4 heures 45 consacrées à la présente procédure. Vérifiée d'office, la liste des opérations peut être approuvée. Il s'ensuit qu'au tarif horaire de 180 fr., l'indemnité de Me Scuderi doit être arrêtée à 855 fr., montant auquel il convient d'ajouter les débours par 42 fr. 75 (855 fr. x 5 % [et non pas 2 % comme retenu à tort par Me Scuderi, cf. art. 3 al. 3bis RA] (règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]) ainsi qu'une TVA à 7,7 % sur l'ensemble, soit 69 fr. 10 (7,7 % x 897 fr. 75), pour un total de 966 fr. 85 (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RAJ).

La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser l'indemnité provisoirement prise en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC, applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

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

I. Le recours est rejeté.

- II. La décision sur opposition rendue le 9 novembre 2022 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.
- IV. L'indemnité d'office de Me Giuliano Scuderi, conseil du recourant, est arrêtée à 966 fr. 85 (neuf cent soixante-six francs et huitante-cinq centimes), débours et TVA compris.
- V. 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 mise provisoirement à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Giuliano Scuderi (pour Z. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours

constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :