

VD_FINDINFO Arrêt / 2021 / 487 vom 1. Juli 2021

VD Tribunal cantonal, 2021-07-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2021__487

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2021 / 487 du 1 juillet 2021

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2021 / 487 del 1 luglio 2021

Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, INDEMNITÉ POUR ATTEINTE À L'INTÉGRITÉ, CONDITION DU DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-ACCIDENTS | 18 LAA, 19 LAA, 24 LAA, 25 LAA, 6 LAA, 16 LPGA, 7 LPGA, 8 al. 1 LPGA

Erwägungen

E. 50

%, le Dr S. _____ priait la CNA de clore administrativement le dossier. Dans un avis médical du 6 juin 2019, la Dre X. _____, après avoir rappelé les conclusions du Dr S. _____ dans son rapport du 3 juin 2019, a considéré que celui-ci confirmait les limitations fonctionnelles qu'elle avait retenues le 22 mai 2019. Elle a estimé que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles retenues, sans diminution de rendement. Au surplus, elle a considéré qu'un second avis auprès du Dr R. _____ n'était plus nécessaire au vu du manque de collaboration de l'assuré et des conclusions du récent rapport du Dr S. _____. Par décision du 1^{er} juillet 2019, la CNA a informé le conseil de l'assuré, Me Hüzni Yilmaz, qu'après un nouvel examen de la situation, sa décision du 14 mai 2019 devait être considérée comme nulle et non avenue. Exposant que, de l'avis de son médecin d'arrondissement, la poursuite du traitement ne saurait apporter une amélioration significative de l'état de santé de l'assuré consécutif à l'accident, elle a indiqué mettre fin au versement des frais médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 3 juin 2019. Elle a précisé qu'elle allait procéder à l'examen du droit éventuel de l'assuré à d'autres prestations d'assurance. Le 8 juillet 2019, la Caisse cantonale de compensation AVS a produit l'extrait du compte individuel AVS de l'assuré, dont il ressort que l'assuré a perçu 42'000 fr. en 2016 et 48'878 fr. en 2017 versés par E. _____. A la demande de la Dre X. _____, le dossier de l'assuré a été soumis pour avis médical au Prof. M. _____, spécialiste en radiologie ostéo-articulaire, diagnostique et interventionnelle auprès de l'Institut de radiologie K. _____, afin qu'il se détermine sur la gravité de l'arthrose au poignet gauche (radiographies des 4 juin et 1^{er} novembre 2018 et CT-Scan du 4 juin 2018). Par rapport du 3 septembre 2019, le Prof. M. _____ a retenu l'existence d'une très importante arthrose radio-carpienne, avec perte complète de la surface articulaire proximale du lunatum, due à une irritation par le matériel d'ostéosynthèse, mais surtout de la surface articulaire radiale distale, en particulier au niveau de la fossette lunarienne. L'interligne médio-carpienne était quant à elle bien préservée. Cela étant, le Prof. M. _____ a conclu à l'existence d'une grave arthrose radio-carpienne. Dans son appréciation du 9 septembre 2019, se fondant sur son examen clinique du 13 février 2019 ainsi que sur le rapport du

Prof. M. _____ du 3 septembre 2019, la Dre X. _____ a fixé l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) à 15 % en retenant l'existence d'une grave arthrose radio-carpienne. Se référant à la table 5 des atteintes à l'intégrité résultant d'arthrose éditée par la CNA (réf. 2870/5.f), qui indique que l'arthrose radio-carpienne grave correspond à un taux d'IPAI de 10 à 25 %, le médecin d'arrondissement a indiqué que les séquelles de l'assuré correspondent par analogie à une arthrodèse du poignet gauche, ce qui justifie un taux de 15 %. Une note téléphonique du 30 septembre 2019 indique que la Caisse cantonale de compensation AVS a confirmé à la CNA que l'assuré était salarié de la société E. _____ depuis mars 2016, qu'en 2016, il a gagné 42'000 francs et, en 2017, 48'878 francs. Par décision du 14 octobre 2019, la CNA a informé l'assuré que selon ses constatations médicales, il disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité n'ayant pas un caractère répétitif pour la main gauche et ne comportant pas de manutention de charges supérieures à 20 kg. Se fondant sur les chiffres ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) pour une activité de compétences 1 et en tenant compte d'une réduction de 5 % pour les limitations fonctionnelles retenues, la CNA est arrivée à la conclusion que l'assuré pouvait réaliser un salaire de 64'356 fr. dans une activité adaptée, soit davantage que le revenu d'une cinquantaine de milliers de francs qu'il obtiendrait sans accident. Cela étant, en l'absence d'une diminution notable de sa capacité de gain due à l'accident, elle ne pouvait lui reconnaître le droit à une rente d'invalidité. Pour ce qui est de l'IPAI, elle l'a fixée à 22'230 fr., soit 15 % de 148'200 francs. Par courrier du 15 novembre 2019 de son mandataire, l'assuré a formé opposition à la décision du 14 octobre 2019. Dans son complément d'opposition du 31 janvier 2020, l'assuré a critiqué tant la capacité de travail que les limitations fonctionnelles retenues dans la décision de la CNA, qui seraient arbitraires, faute de reposer sur un examen médical neutre. Se référant au rapport du 6 janvier 2020 du Dr S. _____ produit en annexe, qui retient une capacité de travail de 50 %, l'assuré a fait valoir en bref qu'il peinait à maintenir l'activité d'indépendant qu'il avait reprise le 1^{er} octobre 2018 à 50 %. Cela étant, il estimait qu'une nouvelle appréciation de sa capacité de travail devait être effectuée et requérait à cette fin la mise en œuvre d'une expertise orthopédique. Par ailleurs, l'assuré a critiqué le calcul du degré d'invalidité effectué par la CNA ; il estimait que le revenu sans invalidité estimé à 50'000 fr. alors que le revenu invalidité avait été pour sa part fixé à plus de 64'000 francs, n'avait aucun sens et portait atteinte au principe du parallélisme des revenus. Il a en outre fait valoir que la CNA ne pouvait pas se fonder sur les données chiffrées résultant de son certificat individuel AVS, puisque celles-ci devaient être corrigées en fin d'année pour un indépendant. Il s'est engagé à produire les documents relatifs aux années 2015 à 2017 prouvant que ses revenus ont été largement supérieurs au revenu sans invalidité indiqué dans la décision. Cela étant, l'assuré a principalement conclu à ce qu'il soit reconnu comme invalide à 100 % du jour de son accident, le 7 décembre 2017, subsidiairement à ce qu'il soit reconnu invalide à 100 % du jour de son accident puis à 50 % dès le 1^{er} octobre 2018, avec mise au bénéfice de toutes les prestations LAA, y compris de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, dont le taux et le montant devaient être réévalués, ainsi qu'à la correction du montant des indemnités journalières qui devaient être rectifiées sur la base de la détermination des revenus réalisés avant l'accident. Dans un rapport du 6 janvier 2020, le Dr S. _____ indiquait comme séquelles de l'accident du 7 décembre 2017 une arthrose post-traumatique sévère radio-lunaire, avec des douleurs aux charges même légères, une perte d'endurance de la main gauche, une perte de force de deux tiers, une perte d'extension de 40 % ainsi qu'une pseudoarthrose de la styloïde ulnaire asymptomatique. La palpation

était douloureuse sur la face palmo-radiale du radius distal, indolore sur le lunatum et l'interligne radio-lunaire. Il relevait notamment que l'assuré se plaignait d'une sensation de fatigue au poignet gauche lorsqu'il conduisait par mauvais temps (les deux mains sur le volant) plus de 100 kilomètres. Au status, la mobilité en flexion/extension était à 65-0-40°, avec un Jamar de 25 kg à gauche et de 59 kg à droite. Le Dr S. _____ relevait une petite amélioration des amplitudes et de la force de poigne de la main gauche. Il précisait que les douleurs anamnestiques étaient élevées et non reproductibles par l'examen clinique. Il indiquait que son patient travaillait à 50 % et était capable de vendre, d'acheter et de négocier au téléphone mais qu'il ne pouvait pas préparer des voitures ni conduire plus de 60 à 100 kilomètres, précision étant faite que l'assuré avait perdu son permis en octobre 2019. Par décision sur opposition du 17 avril 2020, la CNA a rejeté l'opposition et confirmé la décision du 14 octobre 2019. En ce qui concerne l'évaluation de la capacité de travail de l'assuré, elle a considéré que l'appréciation de la situation par la Dre X. _____, avait une pleine valeur probante, dès lors qu'elle s'inscrivait dans le prolongement des appréciations médicales figurant au dossier. Elle a rappelé que son médecin d'arrondissement avait procédé à un examen clinique de l'intéressé le 13 février 2019 et que c'est après avoir pris connaissance du rapport du 15 février 2019 de la Dre N. _____, qui ne préconisait aucune intervention ou traitement complémentaire, et de celui du Dr S. _____ du 3 juin 2019, qui faisait mention d'un état séquellaire stable depuis plusieurs mois et requérait de la CNA la clôture administrative du cas, que la Dre X. _____ avait conclu que, chez un assuré droitier, qui avait la possibilité d'adapter son travail, n'effectuait pas d'activités de mécanicien sur toute une journée mais uniquement quelques petites réparations ou mises en conformité du véhicule, l'activité habituelle était adaptée et qu'une pleine capacité de travail était exigible à compter du mois de juin 2019, sans diminution de rendement. L'intimée a écarté la requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise médicale en considérant que, compte tenu des séquelles objectives de la main gauche et en admettant que l'assuré se conforme à l'obligation de limiter le dommage, il y avait lieu de reconnaître que ce dernier disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, de sorte qu'il y avait lieu de procéder sur cette base au calcul de l'invalidité. S'agissant du revenu sans invalidité contesté par l'assuré, la CNA a relevé en substance que, l'assuré étant l'associé-gérant de la société E. _____, dont il détenait l'entier des parts sociales, il devait être traité comme un indépendant et que si un assuré s'était contenté durant plusieurs années d'un revenu modeste provenant de son activité indépendante, c'est celui-ci qui était déterminant pour fixer le revenu de valide. La CNA a également rappelé que le Tribunal fédéral exclut en général un parallélisme des revenus en cas d'activité indépendante (cf. 8C_196/2013 du 21 août 2013). Ainsi, le revenu sans invalidité à retenir était celui qui ressortait de l'extrait du compte individuel AVS, soit en l'espèce environ 50'000 francs. En ce qui concerne le revenu avec invalidité, la CNA a indiqué que, l'assuré estimant ne pouvoir exercer son activité lucrative qu'à 50 % alors que sa capacité résiduelle de travail devait être considérée comme entière dans une activité adaptée, elle était en droit de se référer aux données salariales tirées de l'ESS pour l'année 2016, soit plus exactement au salaire versé en 2016 à un homme dans le secteur privé, avec un niveau de compétences 1, correspondant à des tâches physiques ou manuelles simples et ne nécessitant aucune formation particulière, à savoir à un salaire de 5'340 fr. par mois (ESS 2016, secteur privé Total TA1_tirage_skill_level). Après adaptation à la durée de travail hebdomadaire usuelle en Suisse (5'340 fr. : 40 X 41.70 heures x 12 = 66'803 fr. 40) et à l'évolution des salaires jusqu'en 2019 (T1.15 Indice des salaires nominaux 2016-2019 : + 0.4 % en 2017 + 0.5 %

en 2018 et + 0.5 % en 2019), le revenu d'invalidité se montait à 67'743 francs, auquel avait été appliqué un abaissement de 5 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles de l'assuré, ce qui aboutissait à un revenu d'invalidité de 64'356 fr. par an. La comparaison entre le revenu avec et sans invalidité ne laissant apparaître aucune perte de gain, le refus d'une rente d'invalidité était justifié. Enfin, la CNA a confirmé le taux de l'IPAI, faute pour le recourant d'avoir apporté des éléments médicaux susceptibles de le remettre en cause. En ce qui concerne le montant de l'IPAI, elle a rappelé que celui-ci était calculé sur le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident, en l'occurrence 148'200 francs.

B. Par acte de son conseil du 19 mai 2020, J. _____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud contre la décision sur opposition de la CNA du 17 avril 2020 en concluant principalement à l'annulation de la décision attaquée, la cause étant renvoyée à la CNA pour qu'elle détermine toutes les prestations LAA entrant en ligne de compte, y compris leur montant et leur taux. Subsidiairement, il conclut à ce qu'il soit « reconnu invalide au minimum à 100% du jour de son accident, le 7 décembre 2017, au 30 septembre 2018 et de 50% au minimum dès le 1^{er} octobre 2018 », la cause étant renvoyée à l'intimée pour déterminer toutes les prestations de la LAA auxquelles il a droit, avec correction du montant des indemnités journalières passées et à venir ainsi que celui de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité dont le taux et le montant doivent être réévalués. Le recourant soutient que l'instruction menée par l'intimée est lacunaire et que l'évocation à plusieurs reprises dans le dossier d'une évaluation médicale par la CRR démontre la volonté de la CNA de le soumettre à un examen plus poussé ; à cet égard, il conteste tout manque de collaboration de sa part et fait valoir qu'il a accueilli favorablement la proposition d'une instruction poussée par la CRR pour autant qu'elle ne se fasse pas sur un mode stationnaire pour des raisons familiales. Ceci étant, il requiert la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire. Dans l'éventualité où l'instruction serait considérée comme suffisante, il soutient que les conclusions à tirer des rapports médicaux vont à l'encontre de la motivation de la décision entreprise. Selon le recourant, le médecin d'arrondissement de la CNA n'a émis aucune appréciation probante de sa capacité de travail alors que les incapacités retenues par les Drs N. _____ et S. _____ sont maintenues et très claires. Il fait valoir que la Dre X. _____ n'a aucune compétence ni légitimité pour écarter les rapports médicaux des Drs N. _____ et S. _____ figurant au dossier, selon lesquels la capacité de travail probante est de 50 %.

Le recourant soutient également que son droit d'être entendu a été violé dès lors qu'il avait annoncé dans son opposition vouloir rassembler les pièces pour démontrer que ses revenus avant l'accident étaient plus importants que ceux retenus par l'intimée et que celle-ci a rendu la décision dont est recours avant qu'il ait pu les produire. Enfin, le recourant soutient que les bases des calculs effectués par l'intimée pour ce qui est des indemnités journalières et de l'IPAI sont erronées et que dits calculs doivent être corrigés sur la base des pièces qu'il doit fournir et des résultats des mesures d'instruction nouvelles. Par réponse du 3 septembre 2020, l'intimée a conclu au rejet du recours, en relevant que la conclusion du recourant tendant à ce que le montant des indemnités journalières soit corrigé est irrecevable, dès lors qu'il ne fait pas l'objet du présent litige. En ce qui concerne l'appréciation de la capacité de travail, l'intimée fait valoir qu'il n'y a pas d'éléments dans les rapports des Drs N. _____ et S. _____ permettant de s'écarter de l'évaluation de son médecin d'arrondissement, qui a pleine valeur probante. Rappelant que le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et relevant l'absence de critique quant au calcul de l'invalidité, l'intimée

renvoie pour le surplus à la motivation de la décision entreprise sur ce point. En ce qui concerne le taux de l'IPAI, l'intimée estime qu'il n'y a pas d'avis médical permettant de mettre en doute l'évaluation de la Dre X._____. S'agissant du montant de l'IPAI, elle rappelle que dite indemnité se chiffre en pourcentage du montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident (art. 22 al. 1 OLAA), lequel se montait, en 2017, à 148'200 francs. En conclusion, l'intimée conteste le grief d'une instruction lacunaire, qu'on ne saurait inférer de l'absence de séjour mis en œuvre à la CRR, qui n'a été préconisée ni par son médecin d'arrondissement, ni par le Dr S._____, qui, dans son rapport du 3 juin 2019, l'avait invitée à clore le cas administrativement. Par écriture du 28 octobre 2020, le recourant a requis la suspension de la présente procédure. A l'appui de sa requête, il a produit une copie de la communication de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) du 8 octobre 2020 et de l'avis médical de son service médical régional (ci-après : le SMR) du 6 août 2020 aux termes duquel une expertise orthopédique doit être mise en œuvre au vu des divergences des avis médicaux concernant la capacité de travail du recourant. Dans ses déterminations du 18 novembre 2020, l'intimée a conclu au rejet de la requête de suspension. Elle fait valoir en substance que la situation médicale du recourant étant stabilisée depuis le 3 juin 2019, fait non remis en cause par l'intéressé, l'évaluation de l'exigibilité à laquelle a procédé la Dre X._____ doit s'entendre, s'agissant tant de l'activité habituelle que de l'activité adaptée, à compter de cette date. Elle relève que le fait que la Dre N._____ ait attesté, le 14 février 2019, que le recourant était apte à travailler à 100 % dans une activité adaptée, ne saurait remettre en cause l'estimation de la capacité de travail retenue par son médecin d'arrondissement. A la requête de la juge instructrice, l'OAI a produit le dossier de l'assuré le 8 décembre 2020. Dans celui-ci figure un rapport de la Dre N._____ du 14 février 2019 à l'attention de l'OAI dans lequel elle retient les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'effort prolongé du poignet et pas de port de charges supérieur à 10 à 15 kg. Dans l'activité habituelle de marchand de voiture, elle estime que la capacité de travail du recourant est de 50% et que, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, elle est de 100 %. Invitée à se déterminer sur le dossier de l'OAI, la CNA, par écriture du 18 janvier 2021, a indiqué que les pièces figurant dans le dossier de l'OAI n'étaient pas de nature à remettre en cause la décision du 17 avril 2020, en rappelant que le juge des assurances sociales doit apprécier la légalité des décisions attaquées sur la base de l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative. Elle a confirmé ses conclusions tendant au rejet du recours. Par déterminations du 18 février 2021, le recourant a confirmé l'intégralité de ses conclusions. Il a produit le rapport médical établi par le Dr S._____ le 11 janvier 2021 à la demande de l'OAI, lequel a annulé l'expertise médicale qu'il avait envisagée de confier au Service de chirurgie plastique et de la main puisque le recourant comptait parmi ses patients. Cela étant, il fait valoir que ce rapport médical atteste une incapacité de travail de 100 % du 7 décembre 2017 au 1^{er} octobre 2018 et de 50 % dès cette date. Soutenant que les activités mentionnées dans le rapport du 11 janvier 2021 sont celles d'acheteur/vendeur et de préparateur de véhicules et que le Dr S._____ a confirmé qu'il n'est pas possible d'établir quel pourcentage de son activité est consacré au travail de vente et aux relations avec les clients et quelle autre partie concerne l'activité consistant à aller chercher et à préparer les véhicules pour la vente, il maintient qu'il n'existe aucun rapport médical constatant une capacité de travail totale dans l'activité habituelle. Cela étant, le recourant estime que l'instruction menée par l'intimée reste incomplète sur plusieurs points dès lors que l'activité habituelle n'est pas raisonnablement exigible à 100 % et que toute activité qui

serait considérée comme compatible avec son état de santé reste à démontrer, sans diminution de rendement, avec la possibilité de réaliser un revenu au moins égal à celui qu'il percevait avant l'accident. Le rapport du Dr S. _____ du 11 janvier 2021 à l'attention de l'OAI atteste une incapacité de travail de 100 % à compter du 17 décembre 2017 et de 50 % à compter du 1^{er} octobre 2018 dans l'activité d'acheteur/vendeur, préparateur de véhicules jusqu'au jour du rapport. Selon le Dr S. _____, l'assuré restera incapable de fournir des efforts maximaux de la main gauche de manière définitive mais la mobilité et la force résiduelle sont suffisantes pour qu'il n'y ait pas de proposition de chirurgie de sauvetage, qui ne parviendrait pas à élever cette fonction. Ainsi, l'assuré restera incapable de porter des charges de plus de 5 kg sur de longues durées ou d'effectuer des travaux manuels en amplitude finale du poignet. Le travail de vente, de communication et de relation avec les clients ainsi que les travaux de bureau peuvent être effectués à 100 % ; par contre la partie de la préparation des véhicules ne peut pas être effectuée comme avant l'accident. Le Dr S. _____ retient comme limitations fonctionnelles une diminution des amplitudes et de la force du poignet gauche. Il indique ne pas avoir de doutes quant à la capacité de conduire de l'assuré. Cela étant, il estime que dans son activité habituelle, l'assuré peut travailler le nombre d'heures « normal », pour autant qu'il ne porte pas des charges de plus de 5 kg. Dans une activité adaptée, l'assuré peut effectuer un horaire « normal ». Si son pronostic est bon quant au potentiel de réadaptation de l'assuré, le Dr S. _____ relève que l'intéressé a toutefois de la difficulté à accepter la perte de revenu, en soulignant qu'apparemment il gagnait très bien sa vie dans son activité indépendante de vente de voiture et qu'il est difficile de déterminer quelle part il prenait dans la préparation des véhicules avant l'accident. L'intimée ne s'est pas déterminée plus avant. 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). La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1). b) En l'espèce, le litige a pour objet le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents et le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité retenu par l'intimée. Les conclusions du recourant tendant à la poursuite du versement de l'indemnité journalière et à la réévaluation de son montant sont irrecevables

dès lors qu'elles ne ressortissent pas à l'objet de la décision dont est recours, qui statue uniquement sur le droit du recourant à une rente d'invalidité et fixe le taux de l'IPAI. Au demeurant, il y a lieu de constater que le recourant, qui était déjà assisté d'un mandataire professionnel, ne s'est pas opposé à la décision de l'intimée du 1^{er} juillet 2019 par laquelle elle a mis fin au versement des indemnités journalières avec effet au 3 juin 2019. En outre, il a été informé du montant des indemnités journalières par communication du 22 décembre 2017. Or, une communication effectuée conformément au droit sous la forme simplifiée de l'art. 51 al. 1 LPGA peut produire les mêmes effets qu'une décision entrée en force si l'assuré n'a pas, dans un délai d'examen et de réflexion convenable, manifesté son désaccord avec la solution adoptée par l'assureur social et exprimé sa volonté que celui-ci statue sur ses droits par un acte administratif susceptible de recours (ATF 134 V 145 consid. 5.3 ; 129 V 110 consid. 1.2.2). En matière d'indemnités journalières, la jurisprudence du Tribunal fédéral a fixé le délai d'examen et de réflexion convenable à 3 mois ou 90 jours à compter de la communication d'un décompte d'indemnités journalières (TF 8C_340/2018 du 16 mai 2019 consid. 4.2). La contestation du recourant du montant de ses indemnités journalières est donc manifestement tardive. c) Les modifications introduites par la novelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, sont applicables au cas d'espèce, vu la date de l'accident assuré (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]). 3. a) Le recourant reproche à l'intimée d'avoir rendu la décision dont est recours avant d'avoir reçu les pièces qu'il entendait produire pour prouver que ses revenus avant l'accident étaient largement supérieurs au revenu sans invalidité retenu pour calculer le degré d'invalidité. Il fait valoir à cet égard une violation de son droit d'être entendu. b) Le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) comprend notamment le droit pour l'intéressé de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 143 V 71 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 135 II 286 consid. 5.1). Il n'y a toutefois pas violation du droit à l'administration de preuves lorsque la mesure probatoire refusée est inapte à établir le fait à prouver, lorsque ce fait est sans pertinence ou lorsque, sur la base d'une appréciation des preuves dont elle dispose déjà, l'autorité parvient à la conclusion que les faits pertinents sont établis et que le résultat de la mesure probatoire sollicitée ne pourrait pas modifier sa conviction (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1). Le droit d'être entendu est une garantie de nature formelle, dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 142 III 360 consid. 4.1.4 ; 137 I 195 consid. 2.2). Selon la jurisprudence, sa violation peut cependant être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 ; 135 I 279 consid. 2.6.1). Toutefois, une telle réparation doit rester l'exception et n'est admissible, en principe, que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de la partie lésée ; cela étant, une réparation de la violation du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure, ce qui serait incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 et références citées). c) En l'espèce, on ne voit pas en quoi l'intimée aurait violé le droit d'être entendu du recourant

en statuant sur son opposition le 17 avril 2020, soit avant que celui-ci ait produit les pièces qu'il avait annoncées dans son complément d'opposition du 31 janvier 2020. En effet, force est de constater que le recourant, respectivement la société qui l'employait et dont il est l'unique associé gérant, disposait des services d'une fiduciaire et qu'il lui était par conséquent aisé de produire tout document attestant ses revenus avant l'accident dans un délai relativement court. Or, il s'est passé près de trois mois entre l'annonce de la production des pièces annoncées et le moment où l'intimée a rendu sa décision sur opposition. Au demeurant, la Cour de céans relève que le recourant n'a pas produit de pièces attestant des revenus plus élevés que ceux retenus par l'intimée dans le cadre de la présente procédure de recours. Le grief de violation du droit d'être entendu tombe donc à faux.

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 LPGGA, 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 l'assuré – 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_202/2017 du 21 février 2018 consid. 3) – 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. 8 al. 1 LPGGA par renvoi de l'art. 18 al. 1 LAA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGGA 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 (première phrase). 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 (deuxième phrase).

5. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGGA), le juge apprécie librement les preuves qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4). Il n'est au demeurant pas lié par les faits constatés dans la décision litigieuse (Jean Métral, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, 2018, n. 63 ad art. 61 LPGGA). b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres

spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent 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). c) D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que la CNA 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, raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, 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 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). 6. a) En ce qui concerne l'évaluation de la capacité de travail du recourant, l'intimée estime que l'examen final de son médecin d'arrondissement du 6 juin 2019, au terme duquel la Dre X._____ a retenu une capacité totale de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, repose sur une connaissance complète du dossier médical et que ses conclusions, objectives et motivées, sont convaincantes et ont ainsi pleine valeur probante. Pour sa part, le recourant conteste le point de vue de l'intimée, en tant qu'il se base sur l'évaluation médicale de la Dre X._____, en faisant valoir que celle-ci n'a aucune compétence ni légitimité pour écarter les rapports de ses médecins traitants, les Drs N._____ et S._____ figurant au dossier qui, selon lui, attestent une incapacité de travail de 50 %. Le grief du recourant tiré de l'absence de compétence et de légitimité du médecin d'arrondissement de l'intimée qui a procédé à l'évaluation de sa capacité de travail est sans pertinence pour juger de la valeur probante de son appréciation. En effet, selon une jurisprudence constante, les médecins d'arrondissement ainsi que les spécialistes du centre de compétence de la médecine des assurances de la CNA sont considérés, de par leur fonction et leur position professionnelle, comme étant des spécialistes en matière de traumatologie, indépendamment de leur spécialisation médicale (arrêts 8C_108/2020 du 22 décembre 2020 consid. 4.4.2 ; 8C_59/2020 du 14 avril 2020 consid. 5.2 ; 8C_316/2019 consid. 5.4 du 24 octobre 2019 et les arrêts cités). b) Le recourant soutient encore que les conclusions à tirer des rapports de ses médecins traitants quant à sa capacité de travail résiduelle sont en contradiction avec l'appréciation du médecin d'arrondissement, qui serait de ce fait sans valeur probante. En l'espèce, l'appréciation finale de la Dre X._____ du 6 juin 2019 tient compte de l'ensemble des pièces médicales versées au dossier, repose sur l'examen clinique auquel elle avait procédé le 13 février précédent, tient compte des plaintes du recourant ainsi que des récents avis médicaux de ses médecins traitants (rapports de la Dre N._____ du 15 février 2019 et du Dr S._____ du 3 juin 2019) selon lesquels la situation était stabilisée sur le plan médical, aucune intervention chirurgicale ne pouvant plus l'améliorer. C'est sur

cette base que le médecin d'arrondissement de la CNA a conclu que le recourant avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles qu'elle avait déterminées dans son appréciation du 22 mai 2019, à savoir : pas d'activité répétée avec la main et le poignet gauches, pas d'activité lourde avec le membre supérieur gauche et pas de port de charge supérieur à 20 kg. Motivées de façon convaincante, les conclusions de l'appréciation du 6 juin 2019 de la Dre X. _____ ont pleine valeur probante au sens de la jurisprudence. Contrairement à ce que soutient le recourant, les constatations et les conclusions du médecin d'arrondissement de la CNA ne sont pas en contradiction avec celles de ses médecins traitants. D'une part, leurs constatations en termes de force et de mobilité du poignet gauche sont superposables avec celles de la Dre X. _____. D'autre part, tous deux considèrent que la situation est stabilisée d'un point de vue médical et qu'aucune intervention n'est susceptible d'améliorer la mobilité et la force du poignet gauche. Enfin, dans son rapport du 14 février 2019 à l'attention de l'OAI, la Dre N. _____ a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'effort prolongé du poignet, pas de port de charges supérieur à 10 - 15 kg. Dans l'activité habituelle de marchand de voiture, elle estimait déjà que la capacité de travail du recourant était de 50 % mais que, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, elle était de 100 %. Cela étant, force est de considérer que l'appréciation médicale de la Dre N. _____ corrobore celle de la Dre X. _____ en ce qui concerne les limitations fonctionnelles et la capacité de travail résiduelle du recourant. Pour sa part, le Dr S. _____ ne s'est pas prononcé sur les questions des limitations fonctionnelles et de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à celles-ci. Il a seulement attesté à l'époque que l'activité habituelle de marchand de voitures, qui comporte une partie de travail manuel, ne pouvait pas être exercée à 100 % mais seulement à 50 %. Ce n'est que dans le rapport qu'il a établi le 11 janvier 2021 à l'attention de l'OAI que le Dr S. _____ s'est prononcé sur les questions des limitations fonctionnelles et de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. Outre le fait que cette évaluation intervient près d'une année après que l'intimée a rendu sa décision sur opposition et qu'elle ne saurait par conséquent être prise en compte dans le cadre de la présente procédure de recours, le juge des assurances sociales devant se prononcer sur l'état de fait existant au moment de la clôture administrative du dossier, force est de constater que le Dr S. _____ tend à rejoindre l'avis de la Dre X. _____ quant à la capacité de travail résiduelle du recourant, puisqu'il estime que, dans son activité habituelle de marchand de voiture, celui-ci peut travailler selon un horaire normal pour autant qu'il ne porte pas des charges supérieures à 5 kg et que, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, il peut travailler selon un horaire normal. Par ailleurs, le recourant tombe à faux lorsqu'il critique la décision dont est recours qui, selon lui, retiendrait une pleine capacité de travail dans son activité habituelle de marchand de voiture. S'il est vrai que la Dre X. _____ avait retenu cette possibilité dans son évaluation du 22 mai 2019, elle l'a toutefois écartée après avoir pris connaissance de l'avis médical du Dr S. _____ du 3 juin 2019. Enfin, les critiques du recourant quant à la supposée instruction lacunaire de l'intimée doivent également être écartées. La Dre X. _____ a en effet expliqué dans son appréciation du 6 juin 2019 qu'elle renonçait à demander un second avis médical au Dr R. _____, d'une part en raison du manque de collaboration du recourant, d'autre part en raison de l'avis médical récent du Dr S. _____ du 3 juin 2019. Or, il ressort clairement du dossier que le recourant a peiné à collaborer avec l'intimée, puisqu'il ne s'est pas présenté à trois consultations médicales, dont une programmée chez le Dr R. _____, sous divers

prétextes et que, s'agissant d'une éventuelle évaluation médicale à la CRR, il l'a conditionnée au fait qu'elle ne se fasse pas sur un mode stationnaire, eu égard, selon ses différentes explications, au fait qu'il peine à dormir en dehors de chez lui ou à sa situation familiale. Par ailleurs, aucun des médecins traitants du recourant n'a évoqué la nécessité d'une évaluation médicale par la CRR. c) Au vu de ce qui précède, il y a lieu de considérer que la capacité de travail du recourant est, depuis le mois de juin 2019, entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites dans le rapport de la Dre X. _____ du 22 mai 2019. 7. Reste à examiner le degré d'invalidité présenté par le recourant, compte tenu de sa capacité totale de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. a) Pour évaluer le taux d'invalidité, 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 LPGA). 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_643/2016 du 25 avril 2017 consid. 4.1). Dans la mesure où ces revenus 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 (TF 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4.1). 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 citées ; TF 9C_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2). b) 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 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). 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). c) Lorsque l'assuré 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'ESS (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). 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 (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). 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). L'assuré 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 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75). d) En l'espèce, le recourant réfute le revenu sans invalidité retenu par l'intimée, prétendant qu'il est largement supérieur. Il n'a toutefois produit aucune pièce corroborant son allégation. Cela étant, dès lors que l'intimée s'est fondée sur les revenus soumis à cotisation durant les années 2016 et 2017 tels qu'ils ressortent de l'extrait du compte individuel AVS du recourant, il y a lieu de reconnaître qu'elle a évalué le revenu sans invalidité le plus concrètement possible, comme l'exige la jurisprudence. Au demeurant, c'est un salaire de 48'000 fr. qui est indiqué sur la déclaration d'accident. Ainsi, le revenu sans invalidité tel que retenu par l'intimée, soit 50'000 fr., est correct. Pour le surplus, l'intimée a justement calculé le revenu sans invalidité, en se fondant sur les données salariales telles qu'elles ressortent de l'ESS, ce qu'elle était légitimée à faire, le recourant ne mettant pas pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail. La comparaison des revenus, exempte de critique, mène à la constatation que le recourant ne subit pas de perte de sa capacité de gain. La décision sur opposition est ainsi bien fondée en ce qui concerne le droit à une rente d'invalidité, qui doit être nié. 8. a) Le recourant reproche également à l'intimée une estimation incorrecte de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (15 %) à laquelle il a droit, sans autre précision quant au pourcentage. Il n'a produit aucune pièce médicale à ce sujet. b) Aux termes de l'art. 24 al. 1 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Selon l'art. 36 al. 1 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie ; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. A teneur de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestations en capital ; elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident (Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur l'assurance-accidents, du 18 août 1976, in : FF 1976 III p. 171). Elle ne sert pas à réparer les conséquences économiques de l'atteinte, qui sont indemnisées au moyen d'une rente d'invalidité, mais joue le rôle d'une réparation morale. Elle vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références citées). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (FRESARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit [SBVR] vol. XIV, 3ème éd., Bâle 2016, p. 998 n. 311). Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (ATF 133 V 224 consid. 5.1 ; ATF 115 V 147 consid. 1 ; ATF 113 V 218 consid. 4b ; TF 8C_812/2010 du 2 mai 2010 consid. 5.2). Une atteinte à l'intégrité au sens de l'art. 24 al. 1 LAA consiste généralement en un déficit corporel – anatomique ou fonctionnel –, mental ou psychique. La gravité de l'atteinte, dont dépend le

montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales. L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (TF 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.2 et les références citées). Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'IPAI est échelonnée selon la gravité de l'atteinte, qui s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même ; elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour l'assuré concerné (ATF 115 V 147 consid. 1 et 113 V 218 consid. 4b et les références citées). L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème – reconnu conforme à la loi et non exhaustif – des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent (ATF 124 V 29 consid. 1b ; ATF 113 V 218 consid. 2a). Il représente une « règle générale » (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). En vue d'une évaluation encore plus affinée de certaines atteintes, la Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation. Ces tables n'ont pas valeur de règle de droit et ne sauraient lier le juge. Dans la mesure, toutefois, où il s'agit de valeurs indicatives destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; ATF 116 V 156 consid. 3a ; RAMA 1998 n° U 296 p. 235, U 145/96 consid. 2a). c) En l'espèce, dans son rapport du 9 septembre 2019, la Dre X. _____ – seul médecin à s'être prononcé sur la question – a retenu qu'en présence d'une grave arthrose radio-carpienne, qui correspond par analogie à une arthrodèse du poignet gauche, un taux d'indemnisation de 15 % pouvait être retenu. Pour ce faire, elle s'est basée sur les conclusions du rapport du 3 septembre 2019 du Prof M. _____ qui concluait à l'existence d'une grave arthrose radio-carpienne. Pour le calcul du taux de l'IPAI en résultant, la Dre X. _____ s'est référée à la table 3 du barème d'indemnisation éditée par la CNA (table n° 2870/5.f). Le recourant étant droitier, l'appréciation de la Dre X. _____ échappe à la critique, quoi qu'en dise l'assuré, ce d'autant qu'elle n'est contredite par aucun autre médecin. 9. Le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. comprend notamment le droit pour l'intéressé d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 143 V 71 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 135 II 286 consid. 5.1). Il n'y a toutefois pas violation du droit à l'administration de preuves lorsque sur la base d'une appréciation des preuves dont elle dispose déjà, l'autorité parvient à la conclusion que les faits pertinents sont établis et que le résultat de la mesure probatoire sollicitée ne pourrait pas modifier sa conviction (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1). En l'espèce, la Cour de céans ayant été en mesure de statuer sur la base des éléments médicaux figurant au dossier, la requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise orthopédique du recourant s'avère inutile et doit être rejetée. 10. 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 et art. 1 LAA). c) Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).