

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 juin 2015

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

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourant, représenté par PROCAP,
Me Caroline Ledermann, avocate, à Bienne

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée, représenté par Me Olivier Derivaz, avocat, à Monthey.

Art. 17 et 53 LPGA.

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1976, a exercé la profession de magasinier auprès de D._____SA à compter de janvier 2005.

B. Il a été victime d'un accident sur son lieu de travail le 10 décembre 2007, se coinçant la main droite à l'intérieur d'une palette en bois lors de la manutention de celle-ci. Il a ainsi subi une rupture du ligament scapho-lunaire du poignet droit sous suite d'incapacité totale de travail. Cette atteinte a été traitée chirurgicalement le 12 décembre 2007 par le Dr C._____, spécialiste en chirurgie de la main et chirurgie orthopédique au sein de la Clinique K._____.

Les conséquences financières de cet accident ont été prises en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Une seconde intervention a été pratiquée par le spécialiste susmentionné le 6 février 2008 aux fins de procéder à l'ablation des broches inter-carpiennes. Dans son rapport à la CNA du 21 février 2008, il a signalé en sus d'un « status après suture du ligament scapho-lunaire du poignet droit », un possible « CRPS [réd. : syndrome douloureux régional complexe] de stade I-II » compte tenu d'une certaine raideur de l'articulation, et préconisé la poursuite de séances de physiothérapie.

Après consultation de son médecin d'arrondissement, la CNA a adressé l'assuré à la Clinique G._____ à [...] pour un séjour organisé du 2 juillet 2008 au 6 août 2008. Le rapport corrélatif, établi le 4 septembre 2008 par les Drs J._____, spécialiste en rhumatologie, et H._____, médecin assistante, fait état principalement d'une « algoneurodystrophie du poignet droit » des suites de l'accident du 10 décembre 2007 et des interventions subies les 12 décembre 2007 et 6 février 2008. L'incapacité de travail demeurait en l'état totale, alors que

la reprise de l'activité habituelle semblait envisageable en cas d'évolution favorable. A défaut, une activité sollicitant le poignet, avec port de charges supérieures à 15 kg et vibrations, serait à éviter, ce qui justifierait l'intervention de l'assurance-invalidité (AI) en vue d'un reclassement professionnel.

C. Vu la persistance des douleurs et le maintien d'une incapacité totale de travail, attestés par le Dr C._____ dans son rapport intermédiaire à la CNA du 15 septembre 2008, l'assuré a requis des prestations AI par dépôt du formulaire ad hoc le 4 novembre 2008 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI).

A la suite d'un bilan d'imagerie par résonance magnétique (IRM), le Dr C._____ a procédé à une nouvelle intervention chirurgicale le 21 janvier 2009, soit à la résection de la première rangée du carpe à droite.

Par communication du 13 mai 2009, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice de mesures d'intervention précoce sous forme de cours d'informatique du 2 juin 2009 au 14 juillet 2009, ce dernier ayant repris une activité aménagée par son employeur à hauteur de 2 à 3 heures par jour à titre thérapeutique.

Le Dr L._____, médecin d'arrondissement de la CNA et spécialiste en chirurgie orthopédique, a examiné l'assuré le 28 mai 2009 et constaté que la situation n'était pas stabilisée. Il a suggéré des investigations complémentaires sur les plans somatique et psychiatrique.

Se conformant à cet avis, l'assuré a consulté le Dr M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel a informé la CNA de l'absence de diagnostic psychiatrique à l'occasion d'un téléphone du 13 octobre 2009.

L'assuré s'est également rendu pour examen auprès du Dr N._____, spécialiste en chirurgie de la main au sein de la Clinique P._____, qui a établi un rapport à l'adresse de la CNA le 22 février 2010. L'appréciation de la situation y est notamment libellée en ces termes :

« On a l'impression d'être en présence d'une situation séquellaire, anatomiquement et physiologiquement pour l'essentiel stabilisée. En résumé, il s'agit d'une impotence majeure du poignet et de la main droits. Ce type d'évolution, s'il est difficilement compréhensible et surtout difficile à anticiper, se rencontre parfois. Dans le cas présent, il ne semble pas y avoir de participation psychopathologique ou de névrose d'assurance caractérisée. [...]

Du point de vue médical, la question peut donc se poser de l'opportunité de procéder à un geste complémentaire, qui en l'occurrence ici ne saurait être qu'une arthrodeèse. En théorie, cela devrait être la solution, mais dans la pratique les choses ne se passent pas toujours ainsi. Alors même qu'une panarthrodeèse du poignet est consolidée, il peut arriver qu'un patient continue à présenter un état douloureux important, et cela pour des raisons que l'on ne s'explique pas toujours. Le risque semble plus important d'observer une telle complication lorsque les patients ont déjà subi de multiples interventions antérieures, chaque fois sans succès. Le risque est évidemment majeur si l'arthrodeèse n'est pas réalisée à la demande expresse du patient. Dans le cas présent, le soussigné se méfierait d'une telle reprise chirurgicale, ou du moins la considérerait avec la plus grande réserve. [...] »

D. Le Dr L._____ a convoqué l'assuré pour un bilan final destiné à fixer l'exigibilité et l'éventuelle indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) en _____ date _____ du 29 mars 2010. Aux termes du rapport du même jour, ce médecin s'est exprimé comme suit :

« [...] **Objectivement**, le poignet droit est protégé par une attelle en position de repos, que le patient dit porter tout le temps. Importante raideur algique surtout en flexion-extension, moins marquée en pro-supination. Diminution massive de la force de serrage et importante amyotrophie. Manifestations somatoformes d'exclusion pour lesquelles une explication médicale fait défaut.

Du point de vue **assécurologique**, on peut estimer que la situation est actuellement stabilisée. Une nouvelle intervention chirurgicale, qui me semble probable et que je souhaite, pourrait intervenir dans le futur, sous forme d'une arthrodeèse. Elle serait à notre charge et susceptible, même avec toutes les réserves exprimées par le Dr N._____, de participer à une bonne antalgie et, partant, à l'amélioration de la fonction. En attendant, je propose de renouveler l'attelle sur ordonnance médicale.

Actuellement, [l'assuré] travaille avec une présence de 50% en exécutant des travaux légers, cela depuis 1½ ans. Questionné sur son idée de rendement, il me répond que « ce qu'on me donne à faire, je le fais ».

Son travail d'avant n'est plus exigible sans aménagements.

Actuellement, du point de vue purement somatique, je me prononce sur **l'exigibilité** suivante : pas deffort avec le MSD [réd. : membre supérieur droit] excédant 1 kg. Pas de gestes répétitifs avec le MSD, pas de gestes fins. La conduite automobile est possible sur de courts trajets. Dans ces conditions, il appartient à [l'assuré] de mettre en valeur une capacité entière. [...] »

Quant à l'IPAI, le Dr L. _____ a appliqué un taux de 20% à la situation de l'assuré sur la base des barèmes d'indemnisation, citant à titre d'exemples, proches du cas d'espèce, une IPAI de 25% pour un poignet bloqué en extension avec perte de la pronation et de la supination, ainsi qu'un degré de 15% en cas d'arthrodèse radio-carpienne.

La CNA a commandité une évaluation en vue de favoriser la réintégration professionnelle de l'assuré, exécuté par la société Q. _____ SA dès le 17 juin 2010. A l'issue de cette mesure et d'un entretien avec l'employeur de l'assuré, il a été décidé de former ce dernier en informatique afin de lui permettre de poursuivre une activité bureautique.

L'OAI a pris en charge, au titre de reclassement professionnel, les frais afférents à une telle formation, mise en œuvre sous l'égide de l'entreprise R. _____ du 4 janvier 2011 au 28 février 2011, selon communication _____ du 14 décembre 2010. Des indemnités journalières d'attente ont par ailleurs été servies à l'assuré à compter du 10 octobre 2010.

E. La CNA s'est prononcée sur le droit à l'IPAI par le biais d'un décompte établi le 23 décembre 2010 et a alloué à l'assuré le montant de 21'360 fr. correspondant au degré de 20% retenu par son médecin d'arrondissement.

L'OAI a prolongé les mesures octroyées à l'assuré en lui accordant une formation pratique auprès de D. _____ SA durant le mois de mars 2011, qui s'est déroulée à un taux de présence de 50%.

Ladite société et l'assuré ont finalement conclu un avenant au contrat de travail les liant, valable à compter du 1^{er} mai 2011, aux termes duquel l'assuré était engagé à 50% en tant qu'employé de bureau pour un salaire mensuel de 2'250 francs.

Dans l'intervalle, la CNA s'est enquis du salaire hypothétique sans invalidité qu'aurait perçu l'assuré en 2011 auprès de D. _____ SA qui a fait mention en date du 28 avril 2011 d'un salaire mensuel de 4'320 fr. versé treize fois.

Par projet de décision du 2 mai 2011, l'OAI a envisagé d'allouer à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} décembre 2008 au 30 novembre 2009 fondée sur un degré de 100%, réduite à une demi-rente d'invalidité compte tenu d'un préjudice économique de 50% dès le 1^{er} décembre 2009 dans l'activité adaptée exercée concrètement à mi-temps au sein de D. _____ SA.

Quant à la CNA, elle a retenu l'exigibilité d'une activité adaptée à 100% définie par son médecin d'arrondissement le 29 mars 2010 et considéré que l'assuré était en mesure de réaliser un revenu mensuel de 3'750 fr., y inclus le 13^{ème} salaire, dans des activités légères respectant ses limitations fonctionnelles. Ce montant a été mis à jour sur la base de cinq descriptifs de postes de travail (DPT) correspondant à des postes d'employé de blanchisserie, aide-vendeur, spécialiste de stockage, ouvrier-scieur et aide de cafétéria.

Vu la comparaison des gains aboutissant à une incapacité de gain de 20%, la CNA a alloué une rente mensuelle conforme à ce taux dès le 1^{er} mai 2011 aux termes d'une décision du 25 mai 2011.

F. Par écriture du 28 juin 2011, l'assuré s'est formellement opposé à cette décision estimant ne pas être médicalement apte à exercer une activité à 100%, mais uniquement à 50%.

Sollicité pour avis, le Dr Z._____, spécialiste en chirurgie auprès de la CNA, a communiqué sa détermination le 8 juillet 2011 en ces termes :

« [...] Après étude des pièces et des radiographies, malgré des séquelles post-traumatiques indiscutables au poignet droit pour lesquelles une indemnisation pour atteinte à l'intégrité de 20% a été versée à juste titre, nous ne voyons aucun élément physique qui ne rendrait pas exigible une activité adaptée telle que la présente le médecin d'arrondissement [...], toute la journée et avec une prestation normale. La même remarque s'applique aux exemples de postes de travail concrets [...]. L'étendue des douleurs et handicaps signalés n'est organiquement pas compréhensible. En particulier, le port permanent d'une attelle (avec atrophie musculaire consécutive) n'est ni nécessaire ni approprié. Ni le Dr N._____, chirurgien de la main, ni le médecin d'arrondissement n'ont constaté de troubles trophiques univoques. L'absence d'une psychopathologie classique (dépression) n'exclut aucunement d'importants facteurs psychosociaux dans le cadre d'un comportement algique subjectif. Ainsi, même pour le spécialiste de la main, le cas est « difficilement compréhensible ». Le médecin d'arrondissement parle d'une « large composante d'exclusion d'origine somatoforme ». Cependant, pour l'assurance-accidents, il s'agit d'un problème d'adéquation juridique. Du point de vue purement corporel, nous sommes d'avis qu'il faut s'en tenir à la rente décidée. »

La CNA a rendu sa décision sur opposition le 13 juillet 2011, constatant l'irrecevabilité de l'acte d'opposition de l'assuré au motif de tardiveté. Faute de recours, dite décision sur opposition est entrée en force.

G. L'assuré, représenté par Me Caroline Ledermann, a formellement requis la reconsidération de la décision du 25 mai 2011 par correspondance du 9 septembre 2011, arguant de son caractère erroné au vu des pièces médicales à disposition et de l'évaluation de l'invalidité opérée de son côté par l'OAI, ainsi que de l'importance notable que revêtait sa rectification. Il a mis en exergue l'unanimité des avis médicaux retenant que sa capacité de travail résiduelle était au maximum de 50%, à

l'exception de l'avis isolé du médecin d'arrondissement de la CNA. En outre, se prévalant de la jurisprudence rendue en lien avec l'uniformité de la notion d'invalidité en assurance-accidents et en assurance-invalidité, il a considéré que la CNA ne pouvait ignorer les éléments pris en compte par l'OAI pour conclure à un degré d'invalidité de 50% à l'issue des mesures professionnelles, au demeurant cautionnées tant par l'OAI que par la CNA elle-même.

En date du 6 octobre 2011, la CNA a fait part à l'assuré de son refus d'entrer en matière sur sa demande de reconsidération.

L'assuré a réitéré sa demande dans un courrier du 13 octobre 2011, en réponse auquel la CNA a confirmé le 18 octobre 2011 son refus d'entrer en matière sur la reconsidération de sa décision du 25 mai 2011.

Par un nouveau projet de décision du 22 février 2012, annulant et remplaçant celui du 2 mai 2011, l'OAI a annoncé à l'assuré son intention de lui accorder une rente entière d'invalidité, sur la base d'un taux de 100%, du 1^{er} décembre 2008 au 30 novembre 2009 et de considérer un préjudice économique de 13% excluant le droit à la rente dès le 1^{er} décembre 2009. Il a indiqué s'être précédemment basé sur un avis médical erroné du Service médical régional AI (ci-après : le SMR), corrigé après une nouvelle analyse des pièces médicales pertinentes.

L'assuré a communiqué ses objections audit projet en date du 28 mars 2012, rappelant pour l'essentiel être doté d'une capacité de travail maximale de 50%, qu'il mettait d'ailleurs à profit auprès de D. _____ SA. Il a également argué, en sus de l'absence de mobilité de son poignet droit, d'importantes douleurs, corroborées par un rapport de son médecin généraliste traitant, la Dresse Y. _____, dans un rapport médical du 22 mars 2012. Il a par ailleurs sollicité un complément d'instruction médicale à cet égard.

H. Par correspondance du 15 mars 2013, l'assuré a requis la « réouverture de son dossier » auprès de la CNA exposant être adressé par l'OAI pour expertise auprès de la Dresse V._____, médecin assistant auprès du Service de chirurgie plastique et reconstructive du Centre hospitalier S._____.

Le rapport d'expertise corrélatif, établi le 30 mai 2013 par le Dr T._____, chef de clinique, et la Dresse V._____, fait état des diagnostics de « rupture complète du ligament scapho-lunaire du poignet droit traitée par réinsertion », « SLAC wrist [réd. : scaphoid lunate advanced collapse ou arthrose post-traumatique du poignet] traité par résection de la première rangée des os du carpe » et « algoneurodystrophie du poignet droit », considérés comme seuls susceptibles de se répercuter sur la capacité de travail de l'assuré. Les experts ont relaté les observations cliniques suivantes :

« [...] Le poignet droit est protégé par une attelle amovible, sous laquelle la peau est plus pâle que le reste du bras. Atrophie globale de la musculature antébrachiale du poignet et de la main (périmètre de l'avant-bras de 26 cm droite versus 27,5 cm à gauche). L'avant-bras droit est légèrement suant. Les cicatrices sont souples et indolores. Hyperesthésie diffuse de la main et du poignet non systématisée. Discrimination tactile de 2 points à 5 mm au niveau des pulpes des doigts. Ankylose du poignet avec douleur à la mobilisation active et passive. Flexion/extension : -30° - 0 - 0° (64° - 0 - 52° à gauche), pro-supination : 10° - 0 - 20° (90° - 0 - 90°), inclinaison radio-cubitale : -8° - 0 - 14° (30° - 0 - 58°). Raideur à la flexion et à l'extension des doigts mais fermeture du poing subtotale. Indice de Kapandji à 9. Force de serrage au Jamar : 7 kg à droite (46 kg à gauche). »

Ils ont communiqué leur appréciation du cas notamment comme suit :

« Ce type d'évolution défavorable dans les suites d'un traumatisme du poignet est parfois rencontré mais ne peut être physiologiquement complètement expliqué. Il en découle qu'aucune proposition thérapeutique ne peut garantir l'amélioration de la situation. Nos collègues, les Dr C._____ et Dr N._____, ont déjà discuté de l'indication éventuelle à réaliser une panarthrodèse du poignet, à laquelle devrait être associée une dénervation articulaire complète. Toutefois, la problématique douloureuse dont souffre le patient ne semblant pas pouvoir être expliquée de manière sûre par un problème de biomécanique du poignet, nos collègues ont exprimé leurs doutes quant à l'éventualité d'une rémission de la

douleur. L'indication opératoire n'avait par conséquent pas été retenue. Nous partageons entièrement leur avis en sachant que ce type d'intervention peut présenter des complications et qu'un CRPS peut évidemment faire suite à la chirurgie.

Nous proposerions par contre que [l'assuré] puisse être évalué à une consultation spécialisée d'antalgie. Les antalgistes, avec qui nous collaborons fréquemment lorsque nous sommes confrontés à des patients présentant des douleurs chroniques réfractaires à un traitement antalgique simple de base, usent d'options thérapeutiques diverses susceptibles d'apporter peut-être une certaine diminution de la douleur.

Dans la situation actuelle, nous pensons important que le patient puisse garder son occupation professionnelle à un taux de 50% avec compensation du manque à gagner résultant par l'octroi d'une rente AI. Le taux d'invalidité pourrait évidemment être revu à la baisse si les douleurs venaient à diminuer ; il est par contre très peu probable que la mobilité du poignet puisse être améliorée, même en cas de diminution des douleurs.

Influence sur la capacité de travail

1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés

L'ankylose du poignet ainsi que les douleurs chroniques limitent le patient dans ses activités quotidiennes privées et professionnelles. Les répercussions sur le plan psychique et social en sont inéluctables.

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

Un travail manuel n'est plus exigible depuis le 10.12.2007. Un travail manuel très léger, avec rendement diminué et à temps partiel, est actuellement possible. La réorientation professionnelle dans un travail informatique permet au patient d'assurer un travail à 50% au vu des différentes raisons sus-mentionnées.

[...]

3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour) ?

Nombre d'heures limitées selon l'intensité variable des douleurs ressenties par le patient. De façon générale, 4 heures par jour.

3.3 Y a-t-il diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?

Oui, en raison du manque de mobilisation du poignet et des douleurs, il en découle également de possibles troubles de la concentration. [...] »

L'employeur de l'assuré a fait parvenir une déclaration formelle de sinistre LAA à la CNA le 21 juin 2013, annonçant une rechute de _____ l'accident _____ du 10 décembre 2007.

La CNA a accepté la prise en charge de la consultation d'antalgie, préconisée par les experts du Centre hospitalier S._____, dont le compte-rendu lui est parvenu le 7 octobre 2013. Les Drs X._____ et W._____, respectivement chef de clinique et médecin adjoint du

Service d'anesthésiologie du Centre hospitalier S._____, ont constaté des douleurs « à claires composantes neuropathiques, associées vraisemblablement à des douleurs mécaniques ». Ils ont proposé une « prise en charge globale antalgique », soit un traitement médicamenteux adapté suivi d'infiltrations des troncs nerveux.

Le 11 octobre 2013, la CNA a communiqué son aval avec la suggestion thérapeutique ci-dessus après consultation de son médecin d'arrondissement.

Quant au SMR, il a indiqué le 11 novembre 2013 qu'à son sens la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée était de 50% depuis le 1^{er} octobre 2010. Il a ajouté au titre de limitation fonctionnelle une « diminution occasionnelle de la capacité de concentration ».

La CNA a établi une décision le 12 mai 2014 suite aux réitérées demandes de réexamen de son cas formulées par l'assuré. Elle a estimé que sa décision initiale du 25 mai 2011 ne pouvait être qualifiée d'erronée, étant précisé qu'elle se basait sur des séquelles somatiques avérées, sans toutefois prendre en compte une majoration des troubles d'ordre psychologique. Par ailleurs, il n'y avait pas lieu de procéder à la révision procédurale de la décision en cause dans la mesure où les pièces médicales ultérieures ne constituaient pas des faits nouveaux ou de nouveaux moyens de preuve, mais des appréciations globales de la situation somatique et psychique de l'assuré. Elle a donc confirmé les termes de sa décision initiale de rente du 25 mai 2011.

I. L'assuré, avec l'assistance de son conseil, s'est opposé à la décision du 12 mai 2014 par correspondance du 12 juin 2014, se prévalant notamment des conclusions contenues dans le rapport d'expertise du Centre hospitalier S.____ du 30 mai 2013 et de l'avis du SMR du 11 novembre 2013. Il a observé qu'une origine somatoforme à ses douleurs était précisément exclue aux termes de ces documents, ce qui permettait de considérer que la décision du 25 mai 2011 reposait sur des fondements

erronés, soit sur les conjectures du Dr Z._____. En outre, il a estimé qu'un complément d'instruction médicale, soit une prise de position circonstanciée d'un médecin d'arrondissement, se justifiait pour déterminer si des éléments nouveaux résultaient effectivement des examens postérieurs à la décision précitée.

Par décision sur opposition du 18 juin 2014, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et maintenu sa décision du 12 mai 2014. Après avoir mis en exergue les règles légales et jurisprudentielles applicables en l'espèce, la CNA a exposé que l'on ne saurait qualifier d'erronée la décision du 25 mai 2011 au vu des pièces constituant son dossier à cette date. Quant à d'éventuels faits ou moyens de preuve nouveaux, il était exclu de considérer comme tels les avis médicaux postérieurs à ladite décision qui ne faisaient qu'apporter une appréciation différente du cas. Au surplus, la CNA a estimé superflu de solliciter une nouvelle fois son médecin d'arrondissement ou de patienter jusqu'à l'issue de la procédure AI.

J. L'assuré, représenté par Me Ledermann, a déféré la décision sur opposition du 18 juin 2014 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte déposé par sa mandataire le 19 août 2014. Il a conclu à son annulation sous suite de renvoi à la CNA pour instruction complémentaire ou à l'organisation d'une expertise judiciaire destinée à faire « constater son droit aux prestations ». Il a exposé que l'ensemble des motifs de réexamen étaient dans son cas réalisés, à savoir un motif de révision, de reconsidération et de révision procédurale, s'appuyant derechef sur les constats communiqués par les experts du Centre hospitalier S._____ le 30 mai 2013 et sur l'avis du SMR du 11 novembre 2013. Il a retenu que les douleurs qui l'affectaient ne résultaient pas d'une problématique somatoforme, mais de séquelles de l'accident, qui entraînaient en outre une diminution de la mobilité. Cet élément constituait à son sens un motif de révision, soit une aggravation des séquelles de l'accident. L'exclusion d'une origine somatoforme aux douleurs permettait d'invalider les conclusions du Dr Z._____ et de qualifier de « manifestement erronée » la décision du 25 mai 2011, ce qui

légimitait sa reconsidération. Au surplus, l'expertise du Centre hospitalier S._____ venant apporter un éclairage nouveau à la symptomatologie affectant son poignet droit, il convenait de procéder à la révision procédurale de ladite décision.

L'intimée, assistée de Me Olivier Derivaz, a réfuté les arguments avancés par le recourant dans sa réponse au recours, produite le 6 octobre 2014. Elle a fait valoir qu'un motif de révision ne pouvait en aucun cas être reconnu en l'espèce en présence d'une situation stationnaire, les douleurs alléguées par l'assuré étant déjà connues et investiguées à la date du 25 mai 2011. Elle a réitéré au surplus que l'expertise réalisée au Centre hospitalier S._____ ne faisait pas état de constats médicaux objectifs nouveaux, mais procédait uniquement d'une appréciation différente de la capacité de travail dans une activité adaptée. Enfin, elle a maintenu que la décision initiale du 25 mai 2011 ne pouvait être qualifiée d'erronée alors que l'exigibilité médicale fixée par le médecin d'arrondissement reposait sur des avis convergents sur le plan diagnostique.

Par réplique du 24 octobre 2014, l'assuré a confirmé ses précédentes conclusions.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA).

Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA).

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ;

RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours a été interjeté devant le tribunal compétent en temps utile, compte tenu des fêtes judiciaires estivales (cf. art. 38 al. 4 let b. LPGA sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA). Il respecte par ailleurs les autres conditions de forme prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. Est litigieux in casu le refus prononcé par l'intimée le 12 mai 2014, confirmé sur opposition le 18 juin 2014, de procéder à la révision procédurale et/ou à la reconsidération de sa décision initiale d'octroi de rente du 25 mai 2011.

Par cette décision, la CNA a mis l'assuré au bénéfice d'une rente LAA de 20%, après avoir opéré une comparaison des gains sur la base de cinq DPT compte tenu de l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative adaptée à 100%, fixée par le Dr L. _____ le 29 mars 2010.

Dite décision est intervenue à l'issue de mesures professionnelles diligentées par l'OAI, soit d'une formation théorique et pratique en informatique, laquelle a permis à l'assuré de se maintenir en emploi à 50% auprès de D. _____ SA dès le 1^{er} mai 2011.

Une opposition interjetée contre la décision du 25 mai 2011 a été déclarée irrecevable par décision sur opposition du 13 juillet 2011, entrée en force.

Le recourant a expressément sollicité le 9 septembre 2011, ainsi que le 15 mars 2013, le réexamen de son cas sous l'angle de l'art. 53 al. 1 et al. 2 LPGA, compte tenu du mandat confié au Service de chirurgie plastique et reconstructive du Centre hospitalier S._____ aux fins d'expertise.

Il estime que les conclusions du rapport corrélatif permettent de qualifier d'erronée la décision initiale du 25 mai 2011 et de toute façon justifient la révision de cet acte, dans la mesure où l'examen réalisé au Centre hospitalier S._____ le 27 mars 2013 relaterait des éléments nouveaux et constituerait un nouveau moyen de preuve. Il s'appuie également sur l'appréciation du SMR du 11 novembre 2013, lequel s'est rallié aux considérations retenues par les experts du Centre hospitalier S._____.

A ce stade de la procédure, il relève qu'un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA serait également avéré dans son cas au vu de l'aggravation de ses douleurs.

3. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, 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 (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Les conclusions du recours déterminent, dans le cadre de l'objet de la contestation, le rapport juridique qui reste litigieux (objet du litige). Selon cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige coïncident souvent. Ils sont identiques si la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports

juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 avec les références citées ; Ulrich Meyer/Isabel von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in : Mélanges en l'honneur de Pierre Moor, Berne 2005, p. 440).

Les différents aspects de la motivation d'une décision font partie de l'objet du litige sur lequel le juge peut être appelé à se prononcer, quand bien même ils ne seraient pas formellement contestés, pour autant que cette motivation concerne l'un des rapports juridiques tranchés dans le dispositif de la décision et contestés par le recourant. Le tribunal ne se prononce toutefois sur les éléments qui forment l'objet du litige, mais qui n'ont pas été contestés, que s'il a des motifs suffisants de le faire en raison des allégations des parties ou d'autres indices ressortant du dossier (ATF 125 V 413 cité et 110 V 48 consid. 4a in fine ; Meyer/von Zwehl, op. cit., p. 443 ss.).

b) En l'espèce, la décision sur opposition entreprise se prononce exclusivement sur le défaut de réalisation des motifs de réexamen prévus par l'art. 53 al. 1 et 2 LPGA, sans faire mention de la révision ordinaire consacrée par l'art. 17 LPGA.

Dans la mesure où cette hypothèse est néanmoins soulevée par l'assuré aux termes de l'acte de recours du 19 août 2014 et où il peut être déduit des écritures de l'intimée qu'elle n'entend pas davantage modifier sa décision initiale de rente du 25 mai 2011 sous cet angle, il apparaît que la Cour de céans est habilitée à trancher cette question, conformément à la jurisprudence mentionné ci-dessus.

4. En principe, il n'y a pas lieu de revenir sur les décisions entrées en force, en particulier pour des raisons d'égalité de traitement entre assurés et de sécurité du droit, notamment pour éviter de pouvoir remettre perpétuellement en cause des décisions rendues.

Cependant, la jurisprudence distingue, sur la base du droit fédéral, quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision entrée en force (ATF 135 V 215).

Tout d'abord, une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale selon l'art. 53 al. 1 LPGA. Par ailleurs, lorsqu'une modification de l'état de fait, déterminante pour le droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut le cas échéant être effectuée dans le cadre d'une révision de la prestation au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. En outre, si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée du droit), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération selon l'art. 53 al. 2 LPGA. Enfin, si les fondements juridiques de la décision changent, après le prononcé de la décision (par exemple en cas de modification de la loi ou, sous certaines conditions, de changement de jurisprudence), une réduction ou une suppression de prestations en cours ou l'octroi de nouvelles prestations peut se justifier en fonction d'une pesée des intérêts ou de dispositions transitoires particulières (ATF 135 V 215 consid. 4).

Le principe selon lequel l'administration peut en tout temps revenir d'office sur une décision formellement passée en force qui n'a pas donné lieu à un jugement sur le fond, lorsque celle-ci est certainement erronée et que sa rectification revêt une importance appréciable, l'emporte sur la procédure de révision au sens de l'art. 17 LPGA. L'administration peut ainsi également modifier une décision de rente lorsque les conditions de la révision ne sont pas remplies. Cette faculté correspond à celle du juge de confirmer, le cas échéant, une décision de révision rendue à tort pour le motif substitué que la décision de rente initiale était sans nul doute erronée et que sa rectification revêt une importance notable. Le principe de la priorité de la reconsidération sur la révision permet donc à l'administration de reconsidérer une décision lorsque les conditions d'une révision ne sont pas réalisées. A plus forte

raison, celle-ci peut procéder à une reconsidération lorsque l'instruction ne permet pas d'affirmer à coup sûr que les conditions d'une révision sont réalisées. Il serait en effet superflu de l'obliger à compléter l'instruction (avec tout ce que cela suppose de démarches dispendieuses) lorsque le caractère manifestement erroné de la décision initiale ressort clairement du dossier et qu'une reconsidération apparaît, pour ce motif, justifiée (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3128, p. 847 et les références).

5. Vu ce qui précède, il convient en premier lieu de déterminer si la CNA était légitimée à écarter l'application de l'art. 53 al. 1 LPGA, afférent à la révision procédurale de la décision initiale du 25 mai 2011.

a) En vertu de l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant.

La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative, de révision d'un jugement cantonal ou de révision d'un arrêt cantonal (TF [Tribunal fédéral] 9C_764/2009 du 26 mars 2010 consid. 3.1).

Sont « nouveaux » au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de la décision entreprise et à conduire à une décision différente en fonction d'une appréciation juridique correcte (ATF 127 V 353 consid. 5b ; 134 III 669 consid. 2.2 ; TF 9C_102/2013 du 10 juillet 2013 consid. 2.2 ; cf. pour la distinction entre

la révision selon l'art. 53 al. 1 LPGA et celle selon l'art. 17 LPGA, Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2^{ème} éd. 2009, n° 4 ad art. 17 LPGA).

Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'une nouvelle expertise donne une appréciation différente des faits ; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas qu'un médecin ou un expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que le tribunal, respectivement l'administration, sur la base d'appréciation émanant d'autres médecins (ATF 127 V 353 précité ; TF 8F_9/2010 du 10 mars 2011 consid. 3.1 ; 8C_934/2009 du 24 février 2010 consid. 2.1).

b) En l'occurrence, le recourant se base pour l'essentiel sur des appréciations médicales postérieures à la décision du 25 mai 2011 pour en solliciter le réexamen sur la base de l'art. 53 al. 1 LPGA, à savoir sur les conclusions contenues dans le rapport d'expertise du Service de chirurgie plastique et reconstructive du Centre hospitalier S._____ du 30 mai 2013 et de l'avis du SMR du 11 novembre 2013.

Ces documents ne font cependant état d'aucun « fait nouveau » au sens entendu par la disposition en cause, qui aurait été méconnu ou ignoré à la date de la décision initiale du 25 mai 2011.

Singulièrement, les diagnostics retenus par les Drs T._____ et V._____, ainsi que par le SMR, sont superposables à ceux pris en compte par le médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr L._____, au terme de son examen final du 29 mars 2010. Ces diagnostics, soit ceux de « rupture complète du ligament scapho-lunaire du poignet droit traitée par

réinsertion », « SLAC wrist traité par résection de la première rangée des os du carpe » et « algoneurodystrophie du poignet droit » rejoignent en effet ceux mentionnés en page 4 du rapport d'examen final du Dr L._____, de même au demeurant que ceux évoqués précédemment au sein de la Clinique G._____.

Quant aux limitations fonctionnelles énumérées par le Dr L._____, à savoir des restrictions pour tout « effort du membre supérieur droit excédant 1 kg », ainsi que pour des gestes « répétitifs » et « fins » du membre supérieur droit (cf. page 5 du rapport d'examen final du 29 mars 2010), elles correspondent strictement au « travail manuel très léger » évoqué par les spécialistes du Centre hospitalier S._____ (cf. page 3, point B.2 du rapport d'expertise du 30 mai 2013).

S'agissant des troubles de la concentration consécutifs aux douleurs, retenus par le SMR au titre de limitation fonctionnelle supplémentaire, il n'apparaît pas que cet élément revête un caractère suffisamment important pour justifier la révision de décision initiale de rente du 25 mai 2011. Ces troubles ne peuvent en effet être considérés comme avérés, alors qu'ils sont uniquement qualifiés de « possibles » par les experts du Centre hospitalier S._____. On peut par ailleurs supposer que si de tels troubles avaient été présents en 2011, l'assuré n'aurait pas manqué de les mentionner à l'occasion de l'examen réalisé par le Dr L._____.

Eu égard aux douleurs alléguées par le recourant, dûment rapportées par le Dr N._____ dans son rapport à la CNA du 22 février 2010, ainsi que par le Dr L._____ (cf. pages 2 et 5 du rapport d'examen final du 29 mars 2010), l'on ne voit pas que les explications évoquées par les experts du Centre hospitalier S._____ relatent des éléments substantiellement nouveaux au sens requis par l'art. 53 al. 1 LPGA.

En particulier, les divergences quant à l'origine de la symptomatologie douloureuse - à savoir une manifestation somatoforme

pour les Drs L._____ et Z._____, en dépit de l'absence de psychopathologie constatée par le Dr N._____ ou une composante neuropathique et mécanique selon les antalgistes du Centre hospitalier S._____ - ressortent manifestement à l'appréciation des faits et constituent ainsi des qualifications différentes des causes d'une situation factuelle pour l'essentiel identique. Au demeurant, quoi qu'en dise le recourant, les rapports établis par le Centre hospitalier S._____, singulièrement le compte-rendu du Service d'anesthésiologie remis le 7 octobre 2013, ne sont pas clairs quant aux causes des douleurs alléguées, mais envisagent bien davantage plusieurs raisons susceptibles d'en expliquer l'intensité (p. ex. évolution physiologique défavorable, problème biomécanique, hyperesthésie et allodynie ; cf. page 2 du rapport du Centre hospitalier S._____ du 30 mai 2013 et page 2 du compte-rendu du Service d'anesthésiologie précité).

En définitive, la principale dichotomie entre les conclusions des Drs L._____ et Z._____ et celles du Centre hospitalier S._____ réside dans l'estimation de la capacité de travail résiduelle de l'assuré. Compte tenu d'une situation factuelle demeurée somme toute stable depuis 2010, force est de déduire que l'expertise réalisée au sein du Centre hospitalier S._____ peut être considérée comme une appréciation différente de cette capacité sans établir de fait nouveau conforme à l'art. 53 al. 1 LPGA. Dite expertise, de même que l'avis SMR du 11 novembre 2013 qui en reprend les observations, ne peuvent davantage constituer de nouveaux moyens de preuve, répondant aux réquisits de l'art. 53 al. 1 LPGA, puisqu'ils ne permettent pas de déduire que la décision du 25 mai 2011 serait entachée de défauts objectifs.

Il convient dès lors de retenir que la CNA s'était fondée sur un dossier complet au moment de rendre sa décision initiale de rente du 25 mai 2011 et qu'elle a rejeté à juste titre les demandes de réexamen de l'assuré sur la base de l'art. 53 al. 1 LPGA.

6. En second lieu, il s'agit de se prononcer sur la requête de reconsidération du recourant, basée sur l'art. 53 al. 2 LPGA.

a) Aux termes de l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable.

Selon un principe général du droit des assurances sociales, l'administration peut reconsidérer une décision formellement entrée en force sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, aux conditions énoncées par l'art. 53 al. 2 LPGA précité. La jurisprudence précise qu'une décision, passée en force de chose décidée, est sans nul doute erronée lorsqu'il n'existe aucun doute raisonnable sur le fait que la décision était erronée, la seule conclusion possible étant que tel est le cas (ATF 125 V 393 ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] U 98/04 du 12 août 2004).

Cela étant, ni l'assuré ni le juge ne peuvent contraindre l'administration à une reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA, la décision portant sur un refus d'entrer en matière sur une demande de reconsidération ne pouvant pas faire l'objet d'un contrôle en justice (ATF 133 V 50 consid. 4.1 et les références, 119 V 475 consid. 1b/cc et 117 V 8 consid. 2a ; TF 9C_517/2011 du 12 septembre 2011 ; cf. également Ueli Kieser, op. cit., n° 44 ad art. 53 LPGA).

Une administration refuse d'entrer en matière sur une demande de reconsidération lorsqu'elle se borne à procéder à un examen sommaire de la requête et répète les motifs invoqués dans la décision initiale (ATF 117 V 8 consid. 2b/aa).

b) In casu, il y a lieu préalablement de considérer que l'intimée est finalement entrée en matière sur la demande de reconsidération présentée le 15 mars 2013 par l'assuré, en dépit de son précédent refus à cet égard, communiqué le 6 octobre 2011 et réitéré le 18 octobre 2011. La CNA n'argue en effet pas, au cours de la présente procédure, du fait que la

question de la reconsidération de sa décision initiale échapperait à tout contrôle judiciaire, comme le souligne la jurisprudence fédérale citée supra. Par ailleurs, elle a admis la prise en charge de la consultation antalgique préconisée par les experts du Centre hospitalier S. _____ et, aux termes de la décision sur opposition querellée, a confirmé la teneur de sa décision du 25 mai 2011, exposant au fond que celle-ci ne pouvait être qualifiée d'erronée.

Il s'agit en conséquence de déterminer si, comme le soutient le recourant, les conditions posées par l'art. 53 al. 2 LPGA sont réalisées dans son cas.

c) Ainsi qu'il a été exposé au considérant 5 ci-avant, les pièces médicales postérieures à la décision du 25 mai 2011 peuvent être considérées comme des appréciations différentes d'une situation médicale demeurée stable.

Quand bien même la décision du 25 mai 2011 n'a certes pas discuté la symptomatologie douloureuse présentée par le recourant, ce qui pourrait être considéré comme une violation de son droit d'être entendu (cf. à cet égard : ATF 133 III 439 consid. 3.3 ; 130 II 530 consid. 4.3), il n'en demeure pas moins que dite décision ne peut être qualifiée de « manifestement erronée » ainsi que le requiert l'art. 53 al. 2 LPGA.

ca) En l'espèce, l'étiologie des douleurs du recourant n'est pas clairement déterminée, l'hypothèse d'une possible composante neuropathique et mécanique étant évoquée, tout comme celle d'une manifestation somatoforme.

cb) Il sera préliminairement rappelé que dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi

tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 125 V 195 consid. 2 ; 121 V 47 consid. 2a, 208 consid. 6b et la référence citée).

En l'occurrence, selon les experts du Service de chirurgie plastique et reconstructive du Centre hospitalier S._____, l'évolution défavorable telle que présentée par le recourant était parfois rencontrée mais ne pouvait être physiologiquement complètement expliquée. Ils rejoignaient l'avis de leurs confrères, les Drs C._____ et N._____, selon lesquels l'origine des douleurs ne s'expliquait pas de manière sûre par un problème de biomécanique. En revanche, les médecins du Service d'anesthésiologie du Centre hospitalier S._____ étaient plus affirmatifs quant à une cause neuropathique et mécanique des douleurs.

Une instruction complémentaire en vue de trancher ces divergences médicales ne s'imposait cependant pas pour autant.

En effet, quand bien même cette instruction aurait mis en évidence une origine exclusivement somatique, et accidentelle, des douleurs, l'appréciation du cas n'en aurait pas été pour autant différente, la détermination de la capacité de travail ne se fondant pas sur la cause de l'atteinte à la santé.

Si l'existence d'un trouble somatoforme douloureux avait été confirmée, aurait été alors applicable la jurisprudence fédérale rendue en matière de lien de causalité adéquate entre un événement accidentel et des troubles psychiques consécutifs.

Le Tribunal fédéral a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification des accidents, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. Dans le cas d'un accident insignifiant ou

de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques doit, en règle ordinaire, être d'emblée niée. Dans les cas d'un accident grave, l'existence d'une relation adéquate doit en règle générale être admise, sans même qu'il soit nécessaire de recourir à une expertise psychiatrique.

En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération les sept critères exhaustifs suivants, au regard des seuls aspects physiques :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical, qui ne saurait plus être examinée uniquement en fonction de la durée dudit traitement, mais eu égard à l'existence de traitements continus spécifiques et lourds ;
- les douleurs physiques persistantes, qui doivent être importantes, sans interruption et crédibles au regard de l'atteinte qu'elles occasionnent sur la vie de tous les jours ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues en cours de guérison et les complications importantes;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant si l'on se trouve à la limite des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat de l'accident

puisse être admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et bb ; 115 V 403 consid. 5c/aa et bb ; TF U 308/06 du 26 juillet 2007 consid. 4).

Dans le cas particulier, l'on retiendra que l'accident du 10 décembre 2007 entre dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, à la limite du cas de peu de gravité, s'agissant de la lésion du membre supérieur droit.

Or, l'examen des critères jurisprudentiels précités conduit de toute façon à nier tout lien de causalité adéquate entre les douleurs alléguées et l'événement du 10 décembre 2007. En effet, il y a lieu de considérer que sur les sept critères pertinents, seuls deux sont réalisés en l'occurrence, à savoir le critère des douleurs physiques persistantes, ainsi que celui du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Dès lors, en dépit du fait que la CNA aurait dû procéder à l'examen de ces critères, elle aurait néanmoins été légitimée à exclure la symptomatologie douloureuse de l'appréciation de la capacité résiduelle de travail du recourant, faute de lien de causalité adéquate entre cette symptomatologie et l'accident incriminé. Elle ne serait dès lors pas parvenue à un résultat différent en termes de degré d'invalidité, fondant son évaluation à juste titre exclusivement sur l'exigibilité objectivement définie par le Dr L._____.

cc) En présence de l'avis médical étayé de ce dernier, suite à l'examen clinique réalisé le 29 mars 2010, lequel a été d'ailleurs corroboré ultérieurement par le Dr Z._____ le 8 juillet 2011, l'on ne peut au surplus considérer que l'intimée ait tranché les droits de l'assuré sur la base d'un dossier incomplet.

On rappellera dans ce contexte que l'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme expertise, mais son contenu (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c). A cet égard, il

importe 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 de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, afin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 ; 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1 ; 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

Le rapport du Dr L._____, comprenant les éléments subjectifs et objectifs résultant de son examen, ainsi que l'anamnèse pertinente, remplit les réquisits jurisprudentiels cités ci-dessus, dans la mesure où ses conclusions sans équivoque sont motivées à satisfaction et tiennent compte de l'ensemble des avis médicaux au dossier.

Partant, vu ce qui précède, il y a lieu de conclure que la décision _____ du 25 mai 2011, confirmée sur opposition le 13 juillet 2011, ne revêt pas un caractère manifestement erroné, ce qui exclut incontestablement l'application de l'art. 53 al. 2 LPGA.

cd) A titre superfétatoire, on rappellera qu'en raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient certes d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Aussi, l'assureur doit-il se laisser opposer la présomption de l'exactitude de l'évaluation de l'invalidité effectuée, une appréciation divergente de celle-ci ne pouvant intervenir qu'à titre exceptionnel et seulement si certaines conditions sont réalisées (ATF 126 V 288 consid. 2d ; TF U 84/07 du 31 janvier 2008 consid. 2.3.1 ; TFA I 864/05 du 26 octobre 2006 consid. 2.1).

Cette jurisprudence a cependant été précisée en ce sens que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas

de force contraignante pour l'assurance-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2 ; TF 8C_149/2013 du 23 septembre 2013 consid. 3.2). Indépendamment de cette précision, le Tribunal fédéral des assurances avait déjà jugé que les organes de l'assurance-invalidité et ceux de l'assurance-accidents étaient tenus de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité, les uns ou les autres ne pouvant se contenter de reprendre simplement et sans avoir effectué leur propre examen le degré d'invalidité fixé par l'autre assureur (TF 9C_813/2012 du 18 mars 2013 consid. 3.4 et la référence). Les évaluations selon l'assurance-accidents et l'assurance-invalidité, fondées sur des critères différents, sont indépendantes. L'assurance-accidents prend en effet notamment en compte le rapport de causalité adéquate entre l'accident et l'invalidité, alors que ce critère n'est pas déterminant pour l'assurance-invalidité (cf. TAF C-3642/2011 du 31 janvier 2012 consid. 9 ; TF 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.3 et les références).

En l'occurrence, conformément à la jurisprudence ci-dessus, il convient d'ajouter que l'évaluation de l'invalidité opérée par l'OAI in casu n'est d'aucun secours au recourant. Celle-ci tient compte d'éléments - à savoir de la symptomatologie douloureuse et des troubles de la concentration en découlant - exclus du champ d'application de la LAA faute de lien de causalité adéquate.

7. Reste enfin à déterminer si le recourant peut se prévaloir d'une modification de sa situation qui correspondrait aux exigences de l'art. 17 LPGA.

a) En vertu de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendaient son octroi changent notablement (al. 2).

Cette disposition s'applique ainsi aux prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite.

L'art. 64 LPA-VD dispose également qu'une partie peut demander à l'autorité de réexaminer sa décision (al. 1). L'autorité entre en matière sur la demande si l'état de fait à la base de la décision s'est modifié dans une mesure notable depuis lors (al. 2 let. a).

Tout changement important des circonstances propre à influencer le droit aux prestations peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b).

Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la prestation et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (cf. ATF 133 V 108 consid. 5 ; TF 9C_89/2013 du 12 août 2013 consid. 4.1).

b) En l'espèce, dans le cadre de l'examen réalisé par les analgistes du Service d'anesthésiologie du Centre hospitalier S._____, le recourant s'est plaint de douleurs atteignant désormais son épaule, qui seraient apparues depuis environ deux ans. Cela étant, aucun élément objectif susceptible d'expliquer ces symptômes n'a été mis en évidence. Aussi, sur le plan strictement clinique, il s'agit de constater le caractère superposable des conclusions des différents spécialistes ayant examiné l'assuré, soit aussi bien celles émanant du Dr L._____, que celles communiquées par les experts du Centre hospitalier S._____ le 30 mai 2013 ou par les spécialistes du Service d'anesthésiologie du Centre hospitalier S._____ en octobre 2013.

Par ailleurs, la Dresse Y. _____ concède elle-même, dans son rapport établi le 18 mars 2013 et produit à l'appui de la requête de réexamen de l'assuré, que l'évolution de la situation demeure stable depuis près de trois ans.

Vu ces éléments, force est de conclure à l'absence de modification substantielle de l'état de fait, de nature à entraîner la révision des droits de l'assuré sur la base de l'art. 17 LPGA.

C'est ainsi à bon droit que la CNA n'a pas pris en considération cette possibilité à l'issue de sa décision du 12 mai 2014, respectivement de sa décision sur opposition du 18 juin 2014.

8. Le recours, en tous points mal fondé, doit dès lors être rejeté et la décision sur opposition litigieuse confirmée.

a) La procédure étant gratuite, il n'est pas perçu de frais de justice
(cf. art. 61 let. a LPGA).

b) Par ailleurs, le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA).

Quoique l'intimée obtienne en revanche gain de cause, elle ne saurait prétendre des dépens de la part du recourant, la CNA, en sa qualité d'assureur social, dispose en effet d'un service juridique interne susceptible de la représenter dans l'accomplissement de ses tâches de droit public (cf. ATF 134 V 340).

**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 du 18 juin 2014, établie par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, est confirmée.

III. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- PROCAP, Me Caroline Ledermann, à Bienne (pour B. _____),
- Me Olivier Derivaz, à Monthey (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents),
- Office fédéral de la santé publique, à Berne.

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

La greffière :