

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 septembre 2014

Présidence de Mme BRÉLAZ BRAILLARD
Juges : Mme Röthenbacher et Mme Dessaux
Greffière : Mme Simonin

Cause pendante entre :

V._____, à Prilly, recourant, représenté par Me Marc-Olivier Buffat,
avocat à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS,
Division juridique, à Lucerne, intimée, représentée par Me Didier Elsig,
avocat à Lausanne,

Art. 21 al. 1 LAA, art. 53, 61 LPG

E n f a i t :

A. V. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1935, a été victime d'un accident de la circulation, le 5 septembre 1989, lequel a entraîné une fracture spiroïde du 4^{ème} métacarpien droit, une contusion musculaire du bras gauche, une contusion thoracique gauche et une commotion cérébrale. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA, la SUVA ou l'intimée), auprès de laquelle V. _____ était assuré contre les risques d'accidents professionnels et non professionnels, a garanti les suites immédiates de l'évènement.

Les troubles de la main droite ont évolué défavorablement. Dans un rapport médical du 26 octobre 1989, le Dr Z. _____, médecin traitant de l'assuré faisait état d'une maladie de Südeck de la main droite qui entraînait une rééducation difficile. Dans son rapport médical du 27 mars 1990, le Dr Q. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué que le traumatisme de la main droite de l'assuré s'était compliqué d'une algoneurodystrophie de Südeck dont l'évolution semblait enfin satisfaisante. Malheureusement, la situation s'était compliquée en raison du caractère extrêmement anxieux du patient.

Par décision du 10 août 1993, la CNA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité fondée sur une incapacité de gain de 50% et une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 25%. Suite à l'opposition de l'assuré, une transaction a été passée le 31 août 1994, au terme de laquelle la CNA acceptait de porter le taux d'invalidité à 66.66% dès le 1^{er} septembre 1993. Cette transaction a été avalisée par une décision du 19 septembre 1994.

B. Suite à la demande du médecin traitant de l'assuré de prendre en charge le coût d'un traitement médical antalgique pour soulager les troubles de la main droite de ce dernier, la CNA a rendu le 31 janvier 1996 une décision de refus de prise en charge de ce traitement, confirmée par

décision sur opposition du 11 juillet 1996. La CNA a en effet retenu que ce traitement n'était pas de nature à apporter une amélioration notable de l'état de santé de l'assuré. Par jugement du 16 avril 1998, le Tribunal des assurances du canton de Vaud, puis le Tribunal fédéral des assurances par arrêt du 9 mai 2000, ont rejeté les recours interjetés et confirmé la décision de l'assureur. Le Tribunal fédéral des assurances a considéré que le traitement antalgique proposé par le Dr [...], du Service d'anesthésiologie et d'antalgie de l'Hôpital de [...] n'était pas de nature à apporter une amélioration notable de l'état de santé de l'assuré, selon le pronostic de ce même médecin, et que les considérations du médecin traitant ne faisaient que confirmer les doutes du Dr [...] à propos du résultat du traitement proposé.

C. Le 31 janvier 2005, l'assuré, par son conseil, Me Buffat, a adressé à la CNA une demande de réexamen, portant sur la révision de la rente, ainsi que la prise en charge de traitements médicaux prodigués à la main droite et au membre inférieur gauche.

Par décision sur opposition du 13 janvier 2006, la CNA a rejeté la demande au motif que la rente d'un assuré ayant atteint l'âge de la retraite ne pouvait plus être révisée, qu'aucun fait nouveau n'avait été rapporté permettant la révision de la décision s'agissant de la prise en charge du traitement de la main droite et qu'il n'existait pas de relation de causalité pour le moins probable entre les troubles de la cheville et du pied gauches et l'accident qui avait eu lieu en 1989.

Par arrêt du 31 août 2006, le Tribunal des assurances du canton de Vaud a rejeté le recours et confirmé la décision sur opposition du 13 janvier 2006. S'agissant des troubles de la main droite, le Tribunal a considéré que l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 9 mai 2000, passé en force, ne pouvait être remis en cause qu'en cas de rechute ou de séquelle tardive (art. 21 LAA) ou par le biais d'un recours en révision ; l'assuré ayant choisi la voie de la révision, le Tribunal était incompétent pour se prononcer sur une telle demande, qui relevait de la compétence du Tribunal fédéral des assurances en vertu des art. 136 ss OJ. Le Tribunal

des assurances du canton de Vaud a encore relevé que si le recourant s'était prévalu d'une rechute ou de séquelles tardives, il y aurait lieu de conclure au rejet de la prétention, car les pièces médicales produites par le recourant, loin de confirmer une péjoration de son état de santé, attestaient d'une situation inchangée.

D. Par courrier du 12 mars 2010, V._____ a requis le réexamen de son dossier par la CNA, se fondant sur une expertise du 8 décembre 2009 réalisée à sa demande par les Drs L._____ et S._____, médecins à l'U._____, à T._____. Il a en particulier requis la prise en charge du traitement préconisé dans cette expertise privée pour soulager les troubles de sa main droite. Dans leur rapport, les Drs L._____ et S._____ ont posé le diagnostic de contraction-flexion quasi spastique des doigts et partiellement du pouce de la main droite après un syndrome douloureux régional complexe (ou algoneurodystrophie) sévère, post-traumatique à une fracture du 4^{ème} métacarpien en 1989. Comme traitement, ces médecins relevaient qu'ils ne voyaient que la possibilité d'une thérapie stationnaire consistant au blocage du plexus axillaire ou même supra-claviculaire pendant au moins deux semaines, afin de réduire les douleurs de même que le tonus des muscles ; il s'agirait ensuite, en cas de succès de ce blocage, de mobiliser le bras et les doigts du patient par de la physiothérapie au moyen d'orthèses dynamiques ; il y aurait lieu d'accompagner la thérapie par la prise d'antidouleurs oraux et une thérapie psychosociale avec traitement de la douleur. Les spécialistes estimaient par ailleurs que la prise en charge initiale de la fracture du métacarpe (tentative douloureuse de repositionnement et pose de plâtre contre les conventions) avait probablement contribué à l'évolution déstabilisante de l'atteinte à la fonction de la main droite. La suite avait été marquée par une algodystrophie sévère avec, comme une manifestation atypique et tardive, une contraction quasiment spastique des doigts et du pouce de la main droite. Bien qu'il était difficile de juger la prise en charge initiale actuellement, ces répercussions auraient pu être réduites par une prise en charge plus précoce et conséquente de la douleur. De plus, sans élimination de la symptomatologie douloureuse, on ne parviendrait pas à une amélioration de la contraction spastique des doigts. En réponse à une

question de l'avocat de l'assuré, les médecins ont encore précisé que de nos jours, l'opération qui avait été réalisée suite à l'accident, était à peine adéquate, mais qu'au vu de la position et de la consolidation de la fracture, elle avait donné un résultat en ordre. De plus, les médecins précisait qu'une manœuvre de repositionnement douloureuse pouvait favoriser l'apparition d'une algodystrophie et enfin la position de l'articulation lors l'immobilisation de la main qui avait duré 5 semaines avait été totalement inadéquate.

Le 23 mars 2010, la CNA a refusé d'entrer en matière, au motif que la question du traitement médical pour les troubles de la main droite avait déjà fait l'objet d'un jugement.

Par courrier du 8 mars 2011 de son conseil, l'assuré a demandé à la CNA, une nouvelle fois, le réexamen de son dossier, sur la base de l'expertise privée réalisée par les médecins de l'U._____. Entre autres documents, il a produit un rapport des Drs X._____ et N._____, respectivement spécialiste en anesthésiologie et traitement interventionnel de la douleur et spécialiste en anesthésiologie, médecins au Centre hospitalier C._____ (ci-après : C._____) daté du 27 juillet 2010, adressé au Dr Z._____. Ces spécialistes ont confirmé que le traitement suggéré par l'U._____ dans son expertise était indiqué, à savoir le blocage du plexus brachial puis la mobilisation passive, lors d'une hospitalisation impliquant les services d'antalgie et les départements de réhabilitation. Ce rapport médical a en outre la teneur suivante :

« Rappel anamnestique

M. V._____ est victime d'un accident de la voie publique le [...] 1989 avec polytraumatisme comprenant une commotion cérébrale, une contusion du bras gauche, une contusion thoracique gauche, une distorsion de la cheville droite, ainsi qu'une fracture spiroïde déplacée du 4^{ème} métacarpien à droite. Cette dernière lésion, après une tentative de réduction infructueuse sous anesthésie locale, est ostéosynthétisée par cerclage et plâtrée pendant 4 semaines. Depuis l'ablation du plâtre, M. V._____ présente des douleurs importantes et une main en griffe persistante pour laquelle le diagnostic d'algoneurodystrophie de Südeck est posé en mars 1990, et confirmé par la suite par plusieurs spécialistes qui examineront le patient. Initialement, des traitements de physiothérapie instaurés par vous-même s'avèrent infructueux. Il suivra donc, pendant l'été 1990, une

physiothérapie intensive à [...] qui n'aura pas non plus d'effet sur la durée. Plusieurs tentatives d'adaptation de traitement pharmacologique sont essayées avec des bénéfices qui restent mitigés. Entre 1995 et 2003, M. V. _____ sera mis au bénéfice dans le centre d'antalgie de [...], à plus de 20 blocs stellaires, de nombreux blocs à la guanéthidine, un test de neuromodulation par électrode épidurale ainsi qu'à une mobilisation sous narcose. Aucun de ces traitements n'est clairement bénéfique sur la durée et on arrivera en 2004 à effectuer une sympathectomie droite par thoracoscopie. Cette intervention s'avérera elle aussi inefficace.

Suivront de très nombreuses consultations par plusieurs spécialistes évoquant différents diagnostics. En 2006, une évaluation dans le service de neurologie du C. _____ conclut à une dystonie segmentaire de la main droite probable, possiblement liée à une lésion mineure sur un tendon nerveux et un traitement d'injection de botuline avec prise en charge pluridisciplinaire dans un contexte hospitalier lui est proposé mais pas réalisé en raison de problèmes asséculoologiques. En 2008, le service de chirurgie plastique reconstructive du C. _____ évoque une paralysie de Volkmann pour laquelle l'indication à une désinsertion musculaire de l'avant-bras n'est pas retenue au vu du contexte (chronicisation datant d'une vingtaine d'année).

En décembre 2009, le patient décide, de son initiative, de se soumettre à une expertise auprès de l'U_____ de [...], auprès de service de chirurgie de la main qui conclut à une contracture spastique des fléchisseurs dans un contexte de syndrome douloureux à reconduire à un syndrome douloureux régional complexe, séquellaire à l'accident de 1989. Cette hypothèse est supportée par une IRM de mars 2008 montrant des anciens signes d'algoneurodystrophie au niveau du carpe. Un traitement par bloc[age] du plexus brachial et mobilisation passive sur au moins deux semaines dans le cadre d'une hospitalisation pouvant permettre une prise en charge pluridisciplinaire est proposé et vous nous adressez donc le patient pour qu'on évalue l'indication à effectuer ce type de prise en charge dans notre centre qui présente des avantages quant à la proximité du domicile du patient.

[...] ».

Le 17 mars 2011, l'assureur a refusé d'entrer en matière, considérant qu'il n'y était pas tenu dans le cadre de l'art. 53 al. 2 LPGA et que de surcroît la question du traitement médical concernant la main droite avait déjà fait l'objet d'un jugement.

E. Par acte du 20 avril 2011, V. _____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre le refus d'entrer en matière, concluant à ce que sa demande de révision soit admise et à ce que soient mis à la charge de la SUVA, les traitements relatifs à sa main droite principalement dès 1993, date de la première décision CNA ou

subsidiairement dès le dépôt du recours. A titre de mesure d'instruction, il a requis l'audition des Drs L._____, S._____, N._____ et Z._____.

Dans sa réponse du 16 août 2011, la CNA a conclu à l'irrecevabilité du recours, respectivement de la demande de révision et subsidiairement à leur rejet.

Dans ses déterminations du 13 septembre 2011, le recourant a maintenu ses arguments au fond tout en admettant que l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 9 mai 2000 ne pouvait plus faire l'objet d'une demande de révision formelle. Il a persisté dans sa demande d'audience pour entendre notamment les médecins concernés.

Par décision du 13 octobre 2011, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a déclaré le recours irrecevable faute d'épuisement préalable de la voie de l'opposition.

F. Le 20 octobre 2011, puis le 11 novembre 2011, le recourant, par son mandataire, a demandé à l'intimée de traiter son recours du 20 avril 2011 comme une opposition et de rendre une décision sur opposition, référence étant faite à la décision d'irrecevabilité du 13 octobre 2011.

Par courrier du 27 janvier 2012, la CNA a informé le recourant qu'elle acceptait de considérer l'acte du 20 avril 2011 comme une opposition formée en temps utile et qu'elle mettait en œuvre des mesures tendant à éclaircir la situation.

Le dossier a ainsi été soumis au Dr M._____, du service médical de la SUVA à [...], qui a apprécié la situation médicale le 13 juin 2012 de la manière suivante :

« La question nous est posée de savoir si nous sommes en présence d'une rechute concernant les troubles du MSD [membre supérieur droit] présentés par l'assuré et, d'autre part, d'examiner sous l'angle de l'article 21, lettre c LAA, l'opportunité d'une prise en charge d'un traitement proposé par U._____ sous forme de bloc[age] du plexus brachial et mobilisation passive pour 2 semaines du MSD.

Rappelons que cet assuré avait été victime d'un accident de la circulation en 1989 s'étant soldé par une fracture du 4^{ème} métacarpien gauche, de multiples contusions, d'une commotion cérébrale et d'une contusion thoracique.

L'évolution avait été particulièrement difficile et marquée par des phénomènes algoneurodystrophiques en particulier du membre supérieur aboutissant à la perte fonctionnelle de la main droite.

A la lumière des différents examens médicaux pratiqués par les différents intervenants, et en particulier du Dr [...] en date du 17.04.2008, du Prof. [...] du 14.05.2008, du Dr L. _____ de U. _____ du 08.12.2009, du Dr X. _____ du C. _____ le 27.07.2010, il nous apparaît que l'examen clinique du MSD [membre supérieur droit] ne comporte pas d'élément susceptible de considérer que l'évolution s'est aggravée. Il en va de même pour la douleur qui, bien que respectable, n'en reste pas moins un élément subjectif. En dernière analyse, nous estimons que, compte tenu de ces différents éléments, la notion de rechute ne peut pas être retenue.

Du point de vue médical, nous nous référons aux propos du Prof. [...] dans son courrier du 14.05.2008. Notre confrère décrit la situation comme apparentée à une paralysie ischémique de Volkmann de l'avant-bras droit et ce depuis une vingtaine d'années. Concrètement, cela signifie que la majorité de la musculature de l'avant-bras a disparu au profit d'un tissu fibro-cicatriciel. Cette dégénérescence musculaire se traduit par de multiples accotements aggravés par la non-utilisation, depuis plus de 20 ans, ce qui constitue un délai considérable.

Du point de vue du patient, nous devons considérer deux types de mobilisation. La première, qui est une mobilisation active, se fait par la volonté du patient qui, en l'état, est extrêmement limitée du fait de la disparition de la musculature. Le second type de mobilisation est dite passive, à savoir par une tierce personne. Or, celle-ci se traduit inmanquablement par le déclenchement d'intenses douleurs difficilement supportables.

Si l'on se réfère à la proposition thérapeutique de U. _____, le principe en est de contrôler la douleur par le blocage du système nerveux au niveau du creux axillaire puis de mobiliser passivement le MSD, sous protection de cette antalgie.

Bien que l'on puisse espérer une meilleure mobilisation des différentes articulations de manière passive et, dans une très faible mesure de manière active, ce très faible bénéfice est largement à mettre en balance avec, d'une part, l'augmentation des douleurs après le traitement et, d'autre part, le caractère très provisoire de ce gain de mobilité.

En effet, du fait de la destruction musculaire, le peu de gain de mobilité ne peut pas être entretenu de manière pérenne activement. En dernière analyse, le risque d'un retour à la situation actuelle est extrêmement élevé.

C'est pour cette raison, que le Prof.[...] tout comme le Dr [...] semblent convaincus que, je cite, "aucune action en périphérie ne pourra amener d'amélioration notable".

En conclusion, nous estimons que le traitement proposé par U. _____ concernant le MSD de l'assuré comporte un caractère aléatoire et transitoire trop important pour justifier une prise en charge par la Suva au sens de l'article 21, lettre c de la LAA ».

Par décision sur opposition du 19 juillet 2012, l'intimée a refusé la prise en charge du traitement proposé par U.____ et confirmé par le C.____, au motif que les conditions posées par l'art. 21 al. 1 let. b et c, a fortiori let. a et d, LAA n'étaient clairement pas réalisées.

G. Par acte du 20 août 2012, V.____, par son mandataire Me Buffat, recourt devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition du 19 juillet 2012, concluant à son annulation, respectivement à l'admission de la demande de révision en ce sens que les traitements et la prise en charge de la main droite tels que proposés, notamment par le service d'anesthésiologie du C.____ dans son rapport du 27 juillet 2010, soient mis à charge de la CNA avec effet rétroactif depuis 1993 ou subsidiairement depuis la date de dépôt du recours. Faisant valoir que le traitement proposé dans l'expertise de l'U.____, apporte un éclairage nouveau, notamment sur les considérants figurant en page 18 de l'arrêt du Tribunal cantonal des assurances rendu le 31 août 2006, il paraît requérir la révision de cet arrêt. De plus, tout en admettant que la problématique de la main droite n'est pas nouvelle, et qu'elle n'a pas connu d'évolution particulière durant ces dernières années, le recourant relève que le diagnostic qui a été posé et les traitements désormais proposés peuvent apporter une amélioration notable et durable de son état de santé. Le recourant critique en outre les conclusions du Dr M.____, faisant valoir que celui-ci ne l'a pas rencontré en personne. Le recourant requiert à titre de mesure d'instruction, l'appointement d'une audience de jugement et l'assignation à titre de témoin des Dr L.____, S.____, [...] et N.____, ainsi que la mise en oeuvre d'une expertise judiciaire si la Cour devait considérer que l'expertise privée de l'U.____ n'est pas pertinente. A l'appui de son recours, le recourant produit les pièces suivantes :

- un rapport médical du 14 mai 2008 rédigé par le Dr Y.____, spécialiste en chirurgie de la main, en ces termes :

«[...]»

Sa situation s'apparente à une paralysie ischémique de Volkmann que l'on ne voit plus de nos jours. A l'époque, on réalisait pour ces séquelles une opération dite de Scaglietti qui consiste en une désinsertion complète de toute la musculature des fléchisseurs à l'avant-bras et de la laisser glisser en distal. C'est une opération très traumatisante mais qui dans certaines situations peut apporter une amélioration significative, tant sur le plan de la symptomatologie douloureuse que sur le plan de la fonction.

Néanmoins, chez M. V. _____, il s'est écoulé 19 ans depuis le traumatisme causal, une fracture du 4^{ème} métacarpien droit.

Comme mes confrères, le Dr [...], entre autres, je suis convaincu qu'aucune action en périphérie ne pourra amener d'amélioration notable.

Toutefois, l'injection de toxine botulinique paralysant les muscles de l'avant-bras proposé au C. _____ est une thérapie non-évasive qui mériterait d'être réalisée chez M. V. _____.

[...] » ;

- un certificat médical du 11 novembre 2011 rédigé par le Dr Z. _____ en ces termes :

« [...]

Une nouvelle expertise a été effectuée à l'Hôpital de T. _____ en 2009 par le médecin chef, Dr L. _____, qui éclaire à nouveau différemment à la fois l'accident qu'a subi M. V. _____ en 1989 et les suites médico-chirurgicales y relatives.

Un nouveau recours contre les décisions d'opposition de la SUVA pour la prise en charge de l'entier des frais découlant de l'accident de 1989 me paraît justifié.

[...] ».

Dans sa réponse du 3 décembre 2012, la CNA, par son mandataire, Me Elsig, conclut au rejet du recours au motif, d'une part, que le refus de prise en charge a déjà fait l'objet d'un arrêt du Tribunal fédéral du 9 mai 2000 ne pouvant pas être remis en cause et, d'autre part, que le traitement proposé ne permet pas de laisser espérer une amélioration notable de l'état de santé du recourant.

Dans sa réplique du 16 janvier 2013, le recourant a contesté la pertinence de la référence à la précédente procédure achevée devant le Tribunal fédéral, considérant que l'expertise de IU. _____ mettait en lumière des éléments nouveaux inconnus à l'époque de l'arrêt rendu par la Haute Cour, que l'avis du Dr M. _____ devait être pris avec

circonspection au motif qu'il n'avait jamais vu le recourant et qu'il était régulièrement sollicité par l'assureur social et que les diagnostics posés, la lecture des radiographies, ainsi que le lien de causalité avaient été appréciés de manière erronée, compte tenu de l'expertise de U._____. Le recourant a sollicité de surcroît une expertise permettant d'établir le bien-fondé du traitement proposé et ses chances de succès. Le recourant a en outre produit une expertise du 20 décembre 1991 du Dr P._____, spécialiste en chirurgie, à la teneur suivante :

« [...]

Affection actuelle :

Le 5 septembre 1989, le patient est victime d'un accident de la circulation avec collision frontale et est hospitalisé d'urgence à l'hôpital de [...] où l'on pose les diagnostics suivants :

- TCC avec commotion cérébrale.
- Fracture spiroïde du 4^{ème} métacarpien droit.
- Contusions multiples.
- Traumatisme du genou gauche.

Après tentative d'un traitement conservateur, la fracture du 4^{ème} métacarpien est réduite et ostéosynthétisée par un cerclage. La main est immobilisée dans un plâtre, qui n'aurait jamais été trop serré aux dires du patient.

A l'ablation du plâtre, le médecin-traitant, le Docteur Z._____, constate une tuméfaction de la main qui devient douloureuse, présente une impotence fonctionnelle et peu à peu développe une algodystrophie de Südeck.

L'évolution est catastrophique, d'autant plus que s'ajoute un oedème du membre inférieur droit - qui est mis sur le compte d'une entorse ayant eu lieu lors de l'accident. Bizarrement, on n'a parlé jamais de cette cheville droite dans l'annonce de l'accident et ce n'est que dans un rapport de la CNA du 22.11.89, puis dans le rapport du médecin-traitant du 10.1.90, que l'on mentionne un oedème de la cheville suite à une entorse. Le patient est soumis à des traitements de calcitonine et de physiothérapie. En juillet 1990, il est hospitalisé à [...] pour une physiothérapie intensive. Monsieur V._____ est examiné à plusieurs reprises par différents orthopédistes qui tous constatent la maladie de Südeck, l'œdème de la cheville, mais ne conseillent en tout cas pas l'ablation du cerclage. Le 21.05.91, le patient est examiné par le Docteur [...] qui, après avoir fait plusieurs tests, confirme l'atteinte de Südeck et parle d'un syndrome post-thrombotique de la jambe droite. Le 2.10.91, le patient est ensuite confié à un psychiatre, le Docteur [...] qui conclut à une dystrophie de Südeck survenant chez une personnalité de structure psychotique (schizotypique). Le médecin d'arrondissement de la CNA dans son dernier rapport datant du 11.7.91, constate la situation catastrophique de la main droite atteinte par la maladie de Südeck et déclare qu'il semble bien que toutes les ressources thérapeutiques connues ce jour soient épuisées.

[...]

Constatations

Nous sommes en présence d'un homme de 56 ans, en état général satisfaisant, pesant 69 kg pour une taille de 1,63 m, présentant une mimique assez triste. Durant l'entretien d'examen le patient a tour à tour deux attitudes ; soit il paraît tout fait accepter sa situation, être résigné à son sort ; soit il semble extrêmement inquiet quant à son avenir. Lorsqu'on lui parle des ses tentatives de reprise de travail, Monsieur V._____ nous dit qu'il est tellement handicapé par les douleurs de sa main, qu'il n'arrive pas à se concentrer et estime qu'il est totalement inutilisable.

Le patient qui est droitier, tient sa main devant lui, durant tout l'examen, repliée avec une flexion quasi-complète des doigts longs. L'aspect de la main est relativement satisfaisant, il n'y a pas d'œdème ; les téguments sont souples partout, avec une sudation normale mais peut-être une température un petit peu basse par rapport à la main gauche. La paume de la main est tenue en cornet et la simple palpation douce semble déclencher des douleurs. L'examen de la fonction est extrêmement difficile car la moindre tentative de mobilisation éveille des douleurs qui paraissent si vives que le patient se tortille littéralement sur sa chaise. On est tout de même frappé par le fait que bien que s'agissant des séquelles d'une maladie de Südeck, il n'y a pas de fibrose à proprement parler et l'on arrive tout de même à bouger quelque peu les différentes articulations des doigts longs. Le pouce paraît le moins touché et le patient parvient avec un semblant de force à tenir un crayon par exemple entre le pouce et la phalange proximale de l'index. Lorsqu'on lui, demande de faire le poing, la flexion s'accroît quelque peu mais la distance pulpe-paume ne descend jamais en-dessous de 2 cm pour l'ensemble des doigts. L'extension n'est pratiquement pas examinable à cause des douleurs. Dans l'ensemble, les MP des 4 doigts se situent dans un flexum de 90 degré, les IPP entre 50 et 80 degré, les IPD entre 30 et 50 degré. La sensibilité paraît présente, en revanche, le poignet a une fonction tout à fait bonne, la prosupination également et il n'y a pas de limitation notable dans les mouvements de l'épaule et du coude.

Dans l'ensemble, cette main fait plus penser à un status douloureux de névrome plus qu'à une fibrose post-Südeck.

J'ai effectué des radiographies de la main droite avec ses comparatives à gauche, qui ne nous montrent pas de lésion articulaire et une charge calcaire assez régulière et symétrique. On n'a en tous cas plus l'aspect typique de l'algodystrophie. Le patient se plaint aussi de son hémithorax gauche mais objectivement, nous n'avons rien découvert de pathologique.

[...]

Appréciation du cas

Nous sommes en présence d'un cas très difficile : Monsieur V._____ est victime il y a deux ans et demi d'un accident de la circulation de moyenne importance. On est frappé par l'évolution catastrophique du cas. L'œdème de la cheville ne nous inquiète pas trop ; son aspect est assez particulier. Nous admettons les conclusions du Docteur [...] qui pense à un status post-thrombotique bien qu'il n'y ait jamais eu une clinique de thrombose. Le patient dit qu'il n'a jamais eu de douleurs dans son mollet et le début de cette affection est difficile à préciser soit

par l'anamnèse, soit par le dossier. Nous ne cachons pas que l'idée d'une pathomimie nous a effleuré. Cependant, dans le doute, nous ne tiendrons pas compte de cette possibilité. En revanche, l'état de la main droite est inquiétant. Le traumatisme de cette main n'a pas été très grave mais le patient a certainement fait une algodystrophie de Südeck. Ne fait pas un Südeck qui veut. Le patient est certainement situé dans la catégorie des gens anxieux qui recrutent ce genre de complication. L'expertise psychiatrique est tout à fait claire dans ce cas, en admettant que le patient présente une personnalité psychotique certaine. Cependant, on reste encore à la limite de la pathologie et on ne pourra pas considérer ces troubles de la personnalité comme constituant vraiment un état antérieur. L'évolution de cette maladie de Südeck est à mon sens un peu particulière, en ce sens que l'on a l'impression que la maladie a pratiquement disparu, qu'il n'y a pas beaucoup de fibrose réelle mais que par un phénomène psychosomatique, le patient a éliminé cette main de son schéma corporel et réellement nous nous demandons si un jour les choses s'amélioreront. Toutes les [thérapies] ont été tentées sans succès et nous craignons fort que le patient n'utilise jamais de façon correcte cette main à l'avenir.

[...]

Diagnostic

- status après polytraumatisme avec séquelles invalidantes au niveau de la main droite d'une fracture du 4^{ème} métacarpien compliquée d'une algodystrophie.
- Elimination de la main droite du schéma corporel.
- oedème probablement post-traumatique de la cheville droite.

[...] ».

Dans sa duplique du 22 mars 2013, la CNA a confirmé le rejet du recours. Elle a contesté en particulier avoir négligé l'instruction du cas, la prétendue partialité du Dr M._____, ainsi que l'inadéquation des traitements entrepris et des diagnostics posés à l'époque, l'avis contenu dans l'expertise de U._____ ne constituant qu'une appréciation médicale différente.

Par ordonnance du 11 novembre 2013, la juge en charge de l'instruction a refusé la mise sur pieds de l'expertise médicale requise, de même que l'audition des médecins du recourant et mis un terme à l'instruction sauf réquisition complémentaire dans un délai au 9 décembre 2013.

Par courrier du 9 décembre 2013, le recourant a maintenu ses réquisitions d'instruction formulées dans son acte de recours, en

particulier la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. A cet égard, il soutient que l'expertise de U._____ pose un diagnostic nouveau. Il réitère ses griefs à l'égard de l'appréciation du Dr M._____, critiquant le fait que ce médecin n'a jamais rencontré le recourant et que par conséquent son analyse n'a pas pu se fonder sur une anamnèse complète.

Le 13 février 2014, le recourant a maintenu qu'au vu de l'ancienneté des faits et de la problématique médicale, le traitement proposé était le seul qui permettait d'apporter une amélioration raisonnable de son état de santé. Il a en outre produit les rapports médicaux suivants :

- un avis médical du 9 janvier 2014 du Dr L._____, adressé à son conseil, dans lequel le médecin explique que le succès du traitement proposé à U._____ doit être considéré comme une tentative de thérapie. Il précise que les chances de succès de cette thérapie sont limitées car l'état du membre supérieur droit remonte à plus de vingt-cinq ans ;

- un rapport du 22 janvier 2014 du Dr X._____ rédigé en ces termes :

« En juillet 2010, le Docteur N._____, qui travaillait au service d'Antalgie sous ma responsabilité, a signé un rapport concernant Monsieur V._____, né le [...] 1935.

Il était question d'un problème de contracture spastique du membre supérieur droit dans un contexte de syndrome douloureux complexe régional post-traumatique. Le début de la symptomatologie date du mois de septembre 1989.

Vous me demande[z] un rapport écrit sur le pronostic d'un traitement proposé par U._____ de T._____ et par nous même sous forme d'une hospitalisation avec la pose d'un bloc continu au plexus brachial et mobilisation pendant une durée d'au moins deux semaines.

Vu l'historique de ce problème, qui est présent depuis plus de 20 ans, et vu la chronicité importante de la symptomatologie qui a résisté à de multiples traitements, parfois extrêmement spécifiques et complexes, on ne peut demander un pronostic raisonnable. Il faut dire que tous les traitements effectués jusqu'à maintenant, même les plus complexes, avaient tous une possibilité d'améliorer la situation douloureuse du patient, et que tous se sont révélés inefficaces.

[...] » ;

Le 25 avril 2014, l'intimée a relevé qu'elle ne voyait pas en quoi les nouveaux avis médicaux produits par le recourant remettaient en cause l'avis exprimé en toute connaissance de cause par le Dr M._____.

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 la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20) (art. 1 al. 1 LAA). Les décisions sur opposition sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56 al. 1, 57, 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce, interjeté en temps utile devant le tribunal compétent et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable à la forme de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

2. a) Le recours est dirigé contre le refus de la CNA de prendre en charge le traitement préconisé par les Drs L._____ et S._____in, médecins à U._____ à T._____. Ce traitement consiste à bloquer le système nerveux au niveau du creux axillaire puis mobiliser passivement le membre supérieur droit. Le recourant considère en particulier que le rapport d'expertise du 8 décembre 2009 de ces médecins apporte un éclairage nouveau, susceptible de conduire à la révision de la décision initiale. Il admet cependant que toute possibilité de révision de l'arrêt du Tribunal fédéral du 9 mai 2000 est exclue, compte tenu de l'écoulement du temps.

b) Par décision sur opposition du 11 juillet 1996, confirmée par le Tribunal des assurances du canton de Vaud le 16 avril 1998 puis par le Tribunal fédéral des assurances le 9 mai 2000, l'intimée a refusé une première fois la prise en charge d'un traitement antalgique pour les troubles du membre supérieur droit du recourant. Suite à la demande de réexamen déposée par ce dernier le 31 janvier 2005, l'intimée a de nouveau refusé une telle prise en charge dans une décision sur opposition du 13 janvier 2006. Le Tribunal des assurances du canton de Vaud a confirmé cette dernière décision dans son arrêt du 31 août 2006, devenu depuis lors définitif et exécutoire.

Vu ce qui précède, la prise en charge du traitement préconisé par les médecins de U._____ et la remise en cause de ces décisions passées en force ne peut être envisagée qu'à la lumière de l'art 21 al. 1 LAA ou des dispositions relatives à la révision procédurale (art. 53 LPGa).

3. **a)** Conformément à l'art. 19 al. 1 2^{ème} phrase LAA, le droit au traitement médical cesse dès la naissance du droit à la rente. Ainsi, dès que la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13 LAA) sont accordées à son bénéficiaire aux conditions énumérées à l'art. 21 al. 1 LAA, à savoir :

- a. lorsqu'il souffre d'une maladie professionnelle ;
- b. lorsqu'il souffre d'une rechute ou de séquelles tardives et que des mesures médicales amélioreraient notablement sa capacité de gain ou empêcheraient une notable diminution de celle-ci ;
- c. lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain ;
- d. lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration.

Les conditions du droit à la prise en charge des frais de traitement médical diffèrent donc selon que l'assuré est ou n'est pas au bénéfice d'une rente d'invalidité (ATF 116 V 41 consid. 3b p. 45). Dans

l'éventualité visée par l'art. 21 al.1 LAA, un traitement ne peut être pris en charge qu'aux conditions énumérées dans cette disposition.

Conformément à la lettre b de l'art. 21 al. 1 LAA, il y a rechute lorsque c'est la même affection qui se manifeste à nouveau. La réapparition de douleurs prévisibles et occasionnées par un état stabilisé n'est pas une rechute (RAMA 2005 U 557 p. 388ss ; JEAN-MAURICE FRÉSARD/MARGIT MOSER-SZELESS, l'assurance-accidents obligatoire, n. 211 p. 910, in : Ulrich Meyer (éditeur) Schweizerische Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2^{ème} éd., Bâle/Genève/Munich 2007). Il y a séquelles tardives, lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent à un état pathologique différent (ATF 105 V 35 consid. 1c ; JEAN-MAURICE FRÉSARD/MARGIT MOSER-SZELESS, op. cit. p. 910 n. 211). Dans l'hypothèse visée à la lettre b, il n'y a de prise en charge que pour autant que les mesures médicales améliorent notablement la capacité de gain de l'assuré ou empêchent une notable détérioration de celle-ci.

L'hypothèse visée par l'art. 21 al. 1 let. c LAA concerne le besoin durable d'un traitement et de soins pour le maintien de la capacité de gain résiduelle de l'assuré. Selon ANDRÉ GHÉLEW/OLIVIER RAMELET/JEAN-BAPTISTE RITTER (in : Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents, Lausanne 1992, p. 112), à la rigueur du droit, le bénéficiaire de rente ne peut plus prétendre à de telles prestations, lorsqu'il n'a plus de capacité de gain résiduelle du fait de son âge. Reste en revanche ouverte la question de savoir si compte tenu du caractère viager de la rente de l'assurance-accidents, l'art. 21 al. 1 let c LAA trouve à s'appliquer au-delà de l'âge de la retraite. Cependant, dès lors que les prestations visées par cette disposition peuvent avoir pour effet d'accroître et non seulement de maintenir la capacité de gain, une révision de la rente pourrait s'ensuivre. Compte tenu de l'art. 22 LAA qui érige le principe de l'immutabilité de la rente après l'âge de la retraite, il convient de se demander si l'application de l'art. 21 al. 1 let. c LAA après l'âge de l'AVS fait encore sens.

Enfin, en vertu de l'art. 21 al. 1 let. d LAA, la prise en charge d'un traitement médical peut également être accordée lorsque l'assuré présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou qu'elles empêcheraient une notable détérioration de celui-ci. Par incapacité de gain, il faut entendre une incapacité de gain totale, les prestations pour soins n'étant ici pas liées à une amélioration ou au maintien de la capacité de gain (ATF 124 V 57 consid. 4 ; JEAN-MAURICE FRÉSARD/MARGIT MOSER-SZELESS, op. cit. p. 910 n. 211). On ne saurait parler, selon la jurisprudence, d'une sensible amélioration de l'état de santé, lorsque la probabilité prépondérante est que la mesure thérapeutique ne peut que soulager momentanément des douleurs provenant d'une atteinte stationnaire à la santé (RAMA 5/2005, U 557, pp. 388ss).

Pour déterminer si les mesures médicales sollicitées amélioreraient notablement l'état de santé de l'assuré ou si elles empêcheraient que ce dernier ne se détériore notablement, il convient d'apprécier le traitement proposé en se fondant essentiellement sur des renseignements médicaux. Il s'agit ensuite de se déterminer en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante. Ainsi, lorsque l'amélioration notable paraît possible mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit de l'assuré d'obtenir des prestations médicales après la fixation de la rente doit être nié (TFA U 262/98 du 9 mai 2000 consid. 2c).

b) L'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. (ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il importe que les points litigieux importants 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 du

dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. L'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

c) En l'espèce, les conditions de l'art. 21 al. 1 LAA ne sont pas réalisées. En effet, sous l'angle de la lettre b de cette disposition, il y a lieu de constater que l'état de santé de l'assuré s'agissant des problèmes relatifs à sa main droite ne s'est pas modifié depuis plusieurs années, que ce soit dans le sens d'une amélioration, en particulier de la douleur, malgré les essais de différents traitements notamment antalgiques (voir à cet égard le rapport médical des Drs X._____ et N._____ du 27 juillet 2010), que dans celui d'une aggravation et ceci bien que des diagnostics différents aient été posés au cours des années. En effet, alors que dans son rapport du 27 mars 1990, le Dr Q._____ a diagnostiqué un traumatisme de la main droite compliqué d'une algoneurodystrophie de Südeck avec main en griffe, le Dr Y._____ a estimé dans son rapport du 14 mai 2008, que l'état du membre supérieur droit s'apparentait à une paralysie ischémique de Volkmann. Dans le rapport du 9 décembre 2009, les Drs L._____ et S._____ ont quant à eux posé le diagnostic de contraction-flexion spastique de la main droite après une algoneurodystrophie sévère, post-traumatique. Quant aux Drs X._____ et N._____, ils ont rappelé, dans leur rapport du 27 juillet 2010, que l'assuré présentait depuis l'ablation de son plâtre des douleurs importantes et une main en griffe persistante pour laquelle le diagnostic d'algoneurodystrophie de Südeck avait été posé en mars 1990, puis confirmé par la suite par plusieurs spécialistes ayant examiné le patient. Au sujet de ces différents diagnostics - qui concernent essentiellement la terminologie choisie - il faut admettre qu'il ne s'agit que d'appréciations différentes d'un état de santé stabilisé et stationnaire. S'agissant de la douleur, élément éminemment subjectif, il y a lieu de considérer qu'il s'agit d'une constante n'ayant guère évolué au fil du temps,

conformément à ce qui ressort des rapports médicaux figurants au dossier. La lecture de ces différents rapports ne permet ainsi pas d'admettre l'existence d'éléments constitutifs d'une rechute ou de séquelles tardives, étant rappelé que l'apparition ou la réapparition de douleur n'est pas considérée comme telle par la jurisprudence (cf supra consid 3a). Par ailleurs, on relèvera que le recourant ne conteste nullement que son état de santé soit resté le même. D'autre part, sous l'angle de l'art. 21 al. 1 let. b LAA, l'assuré ayant atteint l'âge lui donnant droit à une rente AVS, le besoin durable d'un traitement dans le but d'améliorer ou de maintenir sa capacité résiduelle de gain n'a plus guère de sens, ce d'autant plus que l'amélioration de la capacité de gain n'aurait de toute façon plus d'incidence sur sa rente d'invalidité LAA en raison du principe de l'immutabilité prévu par l'art. 22 LAA (cf. ANDRÉ GHÉLEW/OLIVIER RAMELET/JEAN-BAPTISTE RITTER, op. cit. supra consid. 3a). Enfin, sous l'angle de l'art. 21 al. 1 let. d LAA, outre le fait que l'incapacité de gain du recourant n'a jamais été totale - cette disposition s'appliquant en principe en cas d'incapacité totale de gain (cf. supra consid. 3a) - rien au dossier ne permet de penser que le traitement préconisé, constitue un élément médical nouveau qui puisse apporter une notable amélioration de l'état de santé de l'assuré. Si l'expertise privée effectuée par les Drs L. _____ et S. _____ permet d'admettre que le traitement préconisé, dont le succès n'est pas garanti, est aujourd'hui le seul que les médecins peuvent envisager pour tenter de soulager les douleurs du recourant, rien ne permet de dire et les médecins ne le prétendent pas, qu'il améliorera notablement et de manière durable l'état de santé de l'assuré. En effet, ce traitement n'aurait pour possible bénéfice que l'amélioration de la symptomatologie douloureuse pour permettre dans un second temps et pour autant qu'il soit couronné de succès une mobilisation du bras et des doigts par de la physiothérapie. D'ailleurs dans son avis du 9 janvier 2014, le Dr L. _____ précise que les chances de succès de la thérapie qu'il propose sont limitées en raison de l'ancienneté de la symptomatologie au bras droit. Dès lors, on ne peut admettre au degré de vraisemblance prépondérante que ce traitement par blocage du plexus axillaire aurait comme incidence une sensible amélioration de l'état de santé du recourant. Dans leur rapport du 27 juillet 2010, les Dr X. _____ et

N._____, médecins au C._____, ne font quant à eux que confirmer l'indication au traitement et la possibilité de l'entreprendre dans l'unité d'antalgie du C._____, sans se prononcer pour autant sur le probable succès de ce dernier sur l'état de santé du recourant. Dans son rapport du 22 janvier 2014, le Dr X._____i est plus explicite quant au fait que le traitement proposé par les médecins de U._____ n'amènera selon toute vraisemblance pas de sensible amélioration de l'état de la main droite du recourant ; ce médecin expose en effet ce qui suit : « vu l'historique de ce problème, qui est présent depuis plus de 20 ans, et vu la chronicité importante de la symptomatologie qui a résisté à de multiples traitements, parfois extrêmement spécifiques et complexes, on ne peut demander un pronostic raisonnable. Il faut dire que tous les traitements effectués jusqu'à maintenant, même les plus complexes, avaient tous une possibilité d'améliorer la situation douloureuse du patient, et que tous se sont révélés inefficaces ». On relèvera encore que le Dr Y._____ exposait déjà dans son rapport médical du 14 mai 2008, qu'aucune action en périphérie ne pouvait apporter d'amélioration notable. Dans le certificat médical du 11 novembre 2011, le Dr Z._____ n'admet quant à lui pas non plus que le traitement envisagé pourrait apporter une notable amélioration de l'état de santé de son patient, se contentant d'évoquer que l'expertise privée apporte un éclairage nouveau de la situation. Enfin, le Dr M._____, dans son appréciation du 13 juin 2012, explique de manière convaincante les raisons qui lui permettent de considérer qu'un tel traitement n'apporterait aucune sensible et durable amélioration de l'état de santé du recourant ; il ressort en effet de son rapport que le très faible bénéfice que pourrait apporter ce traitement en termes de gain de mobilité active du membre supérieur droit doit être mis en balance avec l'augmentation des douleurs après le traitement ainsi que le caractère très provisoire du gain en mobilité. Il explique en effet que du fait de la destruction musculaire, le peu de gain en mobilité ne peut être entretenu de manière pérenne. En dernier lieu, le Dr M._____ est d'avis que le risque d'un retour à la situation actuelle est très élevé.

Il convient de relever que contrairement à ce qu'allègue le recourant, l'avis médical du Dr M._____ a pleine valeur probante, dès

lors qu'il remplit tous les réquisits jurisprudentiel rappelés plus haut (supra consid. 3b in fine). Le fait qu'il soit médecin d'arrondissement de la CNA ne suffit pas à jeter le doute sur l'objectivité de son appréciation. En effet, lorsqu'un médecin interne à l'assureur arrive à des résultats convaincants que ses conclusions sont sérieusement motivées, qu'elles ne contiennent pas de contradiction et que rien ne permet de douter de leur bien fondé, le juge peut en admettre la valeur probante (ATF 125 V 351 ; cf. également TF 9C_894/2011 du 11 juin 2012 consid. 4.2 , TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2). De même le fait que le Dr M._____ se soit prononcé sur la base du dossier complet de l'assureur et n'ait pas examiné personnellement le recourant n'a guère d'incidence dans le cas précis puisque le recourant admet lui-même que l'état de sa main droite n'a subi aucune modification depuis plusieurs années.

Compte tenu de ce qui précède, force est d'admettre que les conditions de l'art. 21 al. 1 LAA ne sont pas remplies, de sorte que la prise en charge du traitement préconisé par les médecins de U._____ n'a pas lieu d'être sur cette base.

4. 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 subséquentement des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant.

Selon l'art. 61 let. i LPGA, les jugements des tribunaux cantonaux des assurances sont soumis à révision si des faits ou des moyens de preuves nouveaux sont découverts ou si un crime ou un délit a influencé le jugement.

La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision procédurale d'une décision d'une autorité administrative (art. 53 al. 1 LPGA), de révision d'un jugement cantonal (art. 61 let. i LPGA) ou de révision d'un arrêt fondée sur l'art. 123 al. 2 let. a LTF (TF 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 connues 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 l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte (ATF 127 V 353 consid. 5b p. 358 et les références ; cf. ATF134 III 669 consid. 2.2 p. 671).

b) Dans le cas particulier, on ne saurait parler de la découverte de faits nouveaux importants, au sens des dispositions précitées, dès lors que, comme cela ressort déjà de ce qui précède (cf. supra consid. 3c), l'avis donné par les médecins de U._____ ne peut tout au plus être considéré que comme une appréciation différente d'un état de fait existant et resté inchangé à ce jour, à la lumière de l'ensemble des rapports médicaux figurant au dossier. En particulier, on rappellera que le diagnostic d'algoneurodystrophie avec main en griffe a déjà été posé dans les suites immédiates de l'accident par le Dr P._____ dans son expertise du 20 décembre 1991 ; le diagnostic de contraction-flexion quasi spastique de la main droite après une algoneurodystrophie sévère, post-traumatique retenu par les Drs L._____ et S._____ n'est ainsi pas fondamentalement différent. Les Drs X._____ et N._____ ne retiennent quant à eux pas un diagnostic différent de celui d'algoneurodystrophie de Südeck avec main en griffe, rappelant que ce diagnostic a été posé en mars 1990 et confirmé par la suite par plusieurs spécialistes. Ainsi l'expertise en question ne permet pas d'affirmer, comme le fait le recourant que le diagnostic posé dans les suites de l'accident ait été erroné. On rappellera à cet égard qu'il ne suffit pas que l'expert tire ultérieurement, de fait connus au moment de la décision principale, d'autres conclusions que l'autorité concernée pour qu'il y ait matière à révision ; il faut bien plutôt des éléments de faits nouveaux dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportait des défauts objectifs (cf. TFA U 336/01 du 25 octobre 2002 consid 3.2), ce qui n'est pas le cas

en l'espèce. En outre, les médecins de U._____ n'apportent pas d'éléments médicaux nouveaux au sens de la jurisprudence précitée, tels que, par exemple, des lésions post-traumatiques non décelées auparavant. Par ailleurs, aucun document au dossier ne vient corroborer l'affirmation selon laquelle le traitement proposé par les médecins de U._____ est nouveau en ce sens qu'il n'existait pas dans les années 90. Quand bien même cela serait le cas, on ne peut considérer que ce traitement serait à même de conduire à une amélioration notable de l'état de santé du recourant, ainsi qu'on l'a constaté plus haut, de sorte qu'on ne peut pas non plus retenir sous cet angle l'existence d'un fait nouveau important. Enfin, contrairement à ce que soutient le recourant, l'expertise de U._____ ne permet pas d'affirmer que la prise en charge initiale et le traitement qui a suivi la fracture du métacarpe ont été inadéquats. En effet, les Drs L_____ et S._____ ont simplement relevé que la tentative douloureuse de repositionnement et la pose d'un plâtre avait probablement contribué à l'évolution de la symptomatologie de la main droite, sous forme d'une algoneurodystrophie avec contraction quasi spastique de la main, tout en relevant qu'il était difficile de juger la prise en charge initiale au moment de leur expertise, soit une vingtaine d'année plus tard.

Vu ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimée n'est pas entrée en matière sur la demande de révision du recourant.

c) Au surplus, on relèvera encore ce qui suit.

aa) Selon l'art. 67 al. 1 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021), applicable par renvoi de l'art. 55 al. 1 LPGA, mais également selon l'art. 124 al. 1 let. d LTF (loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110) ainsi que selon l'art. 101 LPA-VD, la demande de révision doit être déposée dans un délai de 90 jours dès la découverte du moyen de révision. Le droit de demander la révision se périmé par 10 ans, à compter de l'entrée en force de la décision ou de l'arrêt (cf. art. 124 al. 2 let. b LTF et art. 101 al. 2 LTF).

bb) Par arrêt du Tribunal des assurances du canton de Vaud du 16 avril 1998, confirmé par arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 9 mai 2000, la prise en charge d'un traitement antalgique a déjà été examinée et refusée. Cet arrêt est passé en force depuis plus de dix ans, de sorte que le droit d'en demander la révision est périmé comme l'a d'ailleurs relevé le recourant. En outre, la Cour de céans n'est pas compétente pour procéder à la révision d'un arrêt du Tribunal fédéral, comme le constatait déjà le Tribunal des assurances du canton de Vaud dans son arrêt du 31 août 2006. Enfin, il n'y a pas matière à réviser cet arrêt du Tribunal des assurances du canton de Vaud, étant donné qu'il y était déjà constaté que dans la mesure où l'état de la main droite du recourant ne s'était pas modifié au fil des années, l'existence d'une rechute ou de séquelles tardives ne pouvait être retenue.

5. En dernier lieu, on constatera qu'il n'y a pas lieu de procéder à un complément d'instruction que ce soit par la mise en œuvre d'une expertise ou par l'audition des Drs L._____, S._____, Z._____ et N._____, comme le requiert le recourant. En effet, vu ce qui précède (cf. supra consid. 3c), les faits pertinents pour juger du droit du recourant au traitement litigieux ont pu être établis à satisfaction de droit, sur la base des rapports médicaux probants de ces mêmes médecins, lesquels ne se contredisent pas. On rappellera enfin qu'il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance ; le Tribunal fédéral a toutefois précisé qu'une expertise judiciaire ou une expertise au sens de l'art. 44 LPGA doit être mise en œuvre lorsque une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation (ATF 135 V 465 consid. 4.3. et 4.6). Tel n'est pas le cas en l'espèce.

6. **a)** Il s'ensuit que le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision sur opposition du 19 juillet 2012.

b) La procédure étant gratuite, il n'est pas perçu de frais judiciaires (art. 61 let. a LPGA). Compte tenu de l'issue du litige, le recourant n'a pas le droit à des dépens, de même qu'il n'y a pas lieu d'en allouer à la CNA, le recours n'étant pas téméraire (cf. art. 61 let. g LPGA et ATF 126 V 143).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision sur opposition rendue le 19 juillet 2012 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

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

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Marc-Olivier Buffat (pour V._____),
- Me Didier Elsig (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents),
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :