

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 juillet 2011

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : Mme Di Ferro Demierre et Mme Pasche
Greffier : M. Rebetez

* * * * *

Cause pendante entre :

L._____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Jean-Pierre Bloch,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6 al. 1 LAA; 11 OLAA

E n f a i t :

A. Par décision sur opposition du 29 mai 1993, la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA) a rejeté une opposition formée par L. _____ (ci-après : l'assuré), né en 1945, à une décision du 3 mai 1993 selon laquelle il était mis fin, le 31 mars 1993, au traitement suivi à la suite d'un accident survenu le 20 juillet 1990 et au cours duquel l'intéressé a été heurté au front par une barre métallique d'environ 10 kg. Le recours interjeté le 10 janvier 1994 par l'assuré auprès du Tribunal des assurances du canton de Vaud a été écarté préjudiciellement pour tardiveté et un recours au Tribunal fédéral a également été rejeté.

Par la suite, l'assuré a consulté plusieurs avocats afin de remettre en cause l'appréciation de son cas par la CNA. A cet égard, il sied de mentionner qu'un autre recours au Tribunal des assurances du canton de Vaud a été retiré au cours de l'année 2002.

En mai 2008, l'assuré a consulté Me Jean-Pierre Bloch qui a demandé à pouvoir consulter le dossier.

Le 10 septembre 2008, l'assuré a demandé une révision de son cas, signalant que son état de santé s'était péjoré suite à l'accident dont il avait été victime en 1990.

Après une première consultation en date du 30 octobre 2008 au Service de neurologie du CHUV, les médecins ont organisé une imagerie cérébrale afin d'étayer la possibilité d'une lésion focale ou vasculaire. Ils ont également mis en place un examen neuropsychologique détaillé.

Le rapport d'IRM cérébrale du 18 novembre 2008 du Service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du CHUV met en évidence les éléments suivants :

"Description

Multiplés lésions focales, essentiellement au niveau de la substance blanche et diffusément réparties au niveau des hémisphères cérébraux, incluant une lésion dans le pallidum droit. Ces atteintes sont de caractère non spécifique et ne présentent aucune altération sur les séquences de diffusion ni rehaussement après injection de gadolinium. Elles sont en hypersignal dans les pondérations T2, sans contingent hémorragique. Il n'y a, par ailleurs, pas de lésion hémorragique séquellaire autre visible sur les séquences T2. On notera des calcifications des globus pallidus internes bilatéralement. Les hippocampes sont de signal, de structure et d'enroulement normaux. Trophicité du parenchyme cérébral dans les limites de la norme pour l'âge. Pas de néoformation ou d'effet de masse. Pas de prise de contraste suspecte.

Les séquences angiographiques ne montrent pas d'amputation des vaisseaux du polygone ni d'irrégularité du calibre de ces derniers. L'analyse des artères corticales accessibles démontrent également aucune altération particulière. On notera la présence d'un double sinus occipital, variante de la norme.

Conclusions

Lésions multiples des hémisphères cérébraux, essentiellement localisées dans la substance blanche, avec également une lésion dans le globus pallidus droit, de caractère non spécifique, incluant notamment des lésions de microangiopathie vasculaire banales ou encore des atteintes dues à une vasculite cérébrale (manifestation possible de la neurosyphilis). Dans l'hypothèse peu probable de ce 2^e cas, il n'y a en tout cas pas de démonstration d'une atteinte des grosses et moyennes artères intracérébrales sur cet examen. Pas d'autre manifestation éventuelle d'une neurosyphilis. Pas de séquelle traumatique objectivée."

Le 17 décembre 2008, le Dr [...] V._____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant, a dressé un rapport médical intermédiaire dans lequel il pose le diagnostic de syndrome subjectif post-traumatique (céphalées, troubles de la tension et de la concentration). Selon lui, l'assuré semble présenter une péjoration de ses troubles de la concentration et de la mémoire dont il se plaignait depuis l'accident du

travail. L'intéressé a été adressé à la consultation de la mémoire au CHUV pour un bilan neuropsychologique.

En date du 14 janvier 2009, le service de neurologie du CHUV a rendu le rapport qui mentionne les éléments suivants :

"Diagnostic(s) retenu(s)

Troubles cognitifs et du comportement dans le cadre d'un probable syndrome de Klinefelter

Nouveaux éléments anamnestiques : (...)

IRM cérébrale du 18.11.2008 : lésions multiples des hémisphères cérébraux au niveau de la substance blanche et aussi avec une lésion au niveau du globus pallidus droit, sans caractère spécifique. Il n'y a pas de démonstration d'une atteinte des grosses et moyennes artères intra-cérébrales sur cet examen. Pas de séquelle traumatique objectivée.

Examen sanguin pratiqué par vos soins le 28.11.2008 : sodium, potassium, calcium corrigé : dans les normes. Test hépatique : normaux, absence de syndrome inflammatoire. Acide folique et vitamine B12 : dans les normes. Fonction thyroïdienne : normale. VDRL et TPHA : négatif. Screening HIV I et 2 : négatif.

Examen neuropsychologique des 11, 12 et 18.12.2008 : On note un trouble sévère de la mémoire épisodique verbale (SRT-15), avec des difficultés qui semblent toucher l'encodage (pourcentage d'apprentissage déficitaire), le stockage et la récupération. Elles s'ont associées à un dysfonctionnement exécutif, se caractérisant par des difficultés d'inhibition (Stroop), de programmation grapho-motrice (Luria), de l'initiation non verbale (5 points) et de la mémoire de travail (empan ordre inversé; attention divisée du TEA). Par ailleurs, le raisonnement est sévèrement altéré (PM 38). Finalement, quelques tâches de la théorie de l'esprit montrent également une perturbation dans ce domaine ("reading mind in the eyes"; faux pas; visages émotionnels), de même que dans la prise de décision ("gambling task"). En revanche, le langage (BNT A), le calcul (Barcelona) et l'attention sélective (Go/No Go du TEA) et les aptitudes visuo-constructives se situent dans les normes, au vu du petit niveau socio-éducatif du patient.

SYNTHÈSE ET CONCLUSION

L'examen neuropsychologique révèle des troubles en mémoire épisodique verbale et visuelle, ainsi qu'au niveau du fonctionnement exécutif. Nous avons pratiqué quelques tests de cognitions sociales tels que la capacité à lire les émotions des autres, à effectuer un jugement des actes d'autrui qui sont modérément altérés. Un test d'intelligence est sévèrement déficitaire. Le bilan sanguin que vous aviez pratiqué est dans les normes, avec aucun argument pour un problème métabolique qui aurait pu expliquer des troubles cognitifs. Particulièrement, les sérologies HIV et pour le lues sont négatives. L'IRM cérébrale, quant à elle, ne montre pas de séquelle traumatique, notamment en relation avec les TCC à l'âge de 4 ans, ni avec celui de 1990 qui a induit l'arrêt professionnel et le début de l'assurance invalidité. Cet examen montre des lésions aspécifiques de la substance blanche et pas de lésion vasculaire ni d'atrophie focale.

Après avoir demandé le dossier de M. [...] aux Archives du CHUV pour voir ses antécédents, nous avons retrouvé une consultation d'endocrinologie datant de 1986. M. [...] avait, à l'époque, consulté en raison d'une stérilité. L'examen clinique avait révélé des testicules atrophiques, une azoospermie ainsi qu'une élévation du taux des gonadotrophines sériques. Une biopsie testiculaire de février 1982 avait montré un parenchyme testiculaire caractérisé par une atrophie diffuse avec de rares tubes séminifères dont une grande partie était scléro-hyalinisée avec prolifération de cellules de Leydig. Ces éléments suggéraient un diagnostic de probable syndrome de Klinefelter. Un caryotype avait été proposé, jamais effectué par la suite.

Ainsi, il nous semble probable que les troubles cognitifs constatés à l'évaluation, de même que les troubles du comportement avec notamment une forte impulsivité voire agressivité, pourraient correspondre à un tableau clinique de syndrome de Klinefelter. Nous avons discuté avec M. [...] que ses troubles de la mémoire et son impulsivité qu'il reconnaît, pourraient être en relation avec une maladie génétique. M. [...] s'est montré favorable à une consultation de Génétique Médicale et nous demandons à la Dresse [...] de convoquer directement le patient.

Du point de vue de la prise en charge médicamenteuse, le traitement de Dormicum a été arrêté. Toutefois, M. [...] signale la persistance de troubles du sommeil. Dans ce contexte, nous aurions proposé un traitement de Remeron 15 mg le soir ou éventuellement du Deroxat pour son effet modulateur du comportement. D'autres traitements pourraient être

proposés en cas d'agressivité importante, notamment de Dépakine ou un bêta-bloquant.

(...)".

Le 30 janvier 2009, un inspecteur de la CNA s'est présenté au domicile de l'assuré. Il est notamment ressorti de l'entretien que le Dr V._____ l'avait envoyé au CHUV pour des tests de mémoire et de concentration.

Le 8 juillet 2009, la CNA a écrit à Me Jean-Pierre Bloch que, selon les renseignements en sa possession, il n'existait pas de lien de causalité avéré ou probable entre l'accident du 20 juillet 1990 et les troubles de l'assuré. En conséquence, elle n'était pas tenue d'intervenir.

Par courrier daté du 6 novembre 2009, l'assuré a fait parvenir à la CNA une attestation médicale du Dr V._____ du 27 octobre 2009 dont le contenu est le suivant :

"Je certifie avoir suivi ce patient en 1990 à la suite d'un accident où il reçoit sur le sommet du crâne une barre métallique et qui a chuté de plusieurs mètres. Cet à partir de ce moment que le patient se plaint de céphalées de plus en plus violente quotidienne à caractère pulsatile associé à des troubles de la concentration et de la mémoire, plaintes qu'il n'avait pas auparavant."

Le 3 décembre 2009, la Dresse [...] M._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, médecin d'arrondissement de la Suva, relève ce qui suit :

"Cet assuré de bientôt 65 ans, a reçu une barre métallique sur le front le 20.07.1990 qui lui a occasionné une plaie frontale de 5cm, qui a été suturée au CHUV. Les documents médicaux initiaux ne révèlent pas de perte de connaissance, pas de fracture du crâne.

Il avait tenté de reprendre le travail le 13.08.1990 mais des céphalées permanentes sont venues contrecarrer cette reprise et son médecin-traitant, le Dr [...], l'avait remis à l'incapacité de travail totale.

Un CT-scan cérébral réalisé le 04.09.1990 s'est révélé normal, en particulier sans signe de lésion traumatique.

L'assuré a été adressé au neurologue, le Dr [...], le 31.10.1990 qui évoque que ce patient est porteur d'un syndrome de Klinefelter. Concernant les céphalées, il ne retient pas non plus de perte de connaissance, pas de nausées, pas de phénomène neurologique positif ou déficitaire, il n'y a pas d'élément de comitialité, son examen neurologique reste normal. Il suggère une reprise professionnelle.

Cette reprise n'étant pas réalisée, il est vu à l'agence par le Dr R. _____ le 11.03.1991 qui objective un status normal, retient les plaintes subjectives mais ne trouve pas d'élément qui s'opposerait à une reprise d'activité, d'abord à 50% le 13.03.1991 puis à 100% le 25.03.1991. Rappelons que cette consultation à l'agence avait été suggérée par le médecin-traitant.

M. L. _____ avait fait opposition à la décision de mettre un terme aux prestations asséculo-logiques accidents. Rappelons que cet événement est survenu à une période de licenciement avec effet au 30.11.1990. L'assuré ayant retiré son recours, la cause a été rayée du rôle au Tribunal Cantonal en date du 28.01.1992.

Le Dr V. _____ adresse son patient au Service de neuropsychologique du CHUV le 01.10.1991 qui mettait en évidence des performances mnésiques faibles, quelques anomalies à une épreuve frontale et un ralentissement à une tâche de concentration. On retenait alors qu'il s'agissait d'un status plus d'un an après "commotion cérébrale". Rappelons que ce diagnostic de "commotion" figurant dans ce rapport n'avait pas été étayé au plan neurologique, ni au Service des urgences du CHUV.

Un nouvel examen neuropsychologique est réalisé le 06.11.1992 attestant d'un fléchissement des capacités mnésiques, d'un dysfonctionnement frontal, de troubles attentionnels mais l'on retenait des aberrations aux tests et aucune atteinte cérébrale organique n'était alors évoquée.

M. [...] a effectué une demande de prestations AI le 19.08.1991 en raison de la persistance de ses maux de tête. L'AI lui a reconnu une invalidité à la hauteur de 70%.

Un examen neuropsychologique des 12.09 et 06.10.1994 demandé par le Dr J. _____ montrait une amélioration du comportement et de la collaboration du patient par rapport à l'examen précédent, même s'il persistait une fatigabilité et une irritabilité. Les aberrations hétérogènes relevées lors de l'examen du 06.11.1992 se révélaient moins frappantes. En revanche, il y avait aggravation dans les épreuves d'incitation et d'inhibition, un

ralentissement dans une tache de lecture et de dénomination et des performances mnésiques verbales affaiblies. Le tout évoquait une évolution défavorable et était rattaché au syndrome subjectif post-traumatique, une expertise psychiatrique établie en 1993 ayant donné les arguments diagnostiques suffisants, selon le rapport du Prof. [...].

L'entretien au domicile de M. [...] nous rapporte également des douleurs importantes aux jambes, des difficultés d'équilibre rendant sa marche difficile.

M. [...] est adressé à la consultation spécialisée de la mémoire du Prof. X._____ le 30.10.2008. On retient un diagnostic de plaintes mnésiques et de troubles thymiques. Comme comorbidités, relevons au traumatisme crânien à l'âge de 4 ans avec légère dépression frontale gauche, une typhoïde à l'âge de 20 ans, la barre métallique reçue sur la tête en 1990 alors qu'il était protégé par un casque, sans perte de connaissance ni amnésie circonstancielle, chez ce patient de 63 ans, né en Algérie, arrivé en Suisse en 1976.

Il avait travaillé en Suisse comme serrurier. Il annonçait s'être marié de nombreuses fois, d'abord avec une suisseuse puis avec des femmes algériennes, plus récemment avec une épouse algérienne âgée de 28 ans. Il décrivait une vie solitaire, une prise pondérale importante au cours des années d'invalidité, son humeur était diminuée. Il était sujet à des accès de violence et d'agressivité difficiles à contrôler. Cela l'aurait conduit en prison à une reprise. Il a également eu de multiples amendes pour excès de vitesse et avait reçu de nombreuses poursuites.

L'examen neurologique montrait un léger tremblement postural, une écho-praxie, une impersistance motrice du regard. On concluait à une symptomatologie frontale modérée dans un contexte de troubles thymiques et d'un probable trouble de personnalité possiblement délirante. Un complément d'évaluation a été suggéré par imagerie cérébrale et examens sanguins. On préconisait également un avis psychiatrique.

Au terme de son bilan, le Prof. X._____ établit, le 14.01.2009, un diagnostic de troubles cognitifs et du comportement dans le cadre d'un probable syndrome de Klinefelter. L'IRM cérébrale du 18.11.2008 avait montré de multiples lésions des hémisphères cérébraux au niveau de la substance blanche, au niveau du globus pallidus droit, sans spécificité, il n'y avait pas d'atteinte des grosses et moyennes artères et pas de séquelles traumatiques objectivées. Les examens sanguins se révélaient normaux. L'examen neuropsychologique montrait un trouble sévère de la mémoire

épisode verbale, un dysfonctionnement exécutif, une altération du raisonnement. Le test d'intelligence était sévèrement déficitaire. Il avait été retrouvé dans le dossier du CHUV une investigation endocrinologique pour stérilité en 1982 et 1986 qui, d'après le morphotype, faisait suggérer la possibilité d'un syndrome de Klinefelter mais M. [...] n'avait pas donné suite à la proposition d'un examen par un caryotype. Dès lors, le tableau clinique cognitif ainsi que les troubles du comportement semblaient correspondre à un tableau clinique du syndrome de Klinefelter. Un traitement modulateur du comportement sous forme de Remeron ou de Deroxat a été proposé.

Dans ce contexte, il m'apparaît que la globalité du tableau clinique de M. [...] n'est pas en relation avec l'accident du 20.07.1990 qui révèle un traumatisme crânien simple avec une plaie frontale suturée.

Comme proposition, je suggère que M. [...] revoie le Dr F. _____ ou le Dr J. _____, neurologues, qui apparemment l'ont déjà examiné au cours des dernières années, qui pourront juger d'une évolution à la lumière des examens complémentaires étendus qui ont été réalisés récemment au CHUV, mais ceci sort à mon avis de la responsabilité de la Suva."

Se fondant sur l'avis médical de la Dresse M. _____, la CNA a rendu le 17 décembre 2009, une décision de refus de prestations, au motif que le lien de causalité entre les troubles présentés par l'assuré et l'accident du 20 juillet 1990 n'était ni avéré ni probable.

L'assuré a fait opposition à ladite décision le 22 décembre 2009.

Le 28 janvier 2010, la CNA a rendu une décision sur opposition, aux termes de laquelle elle a maintenu son refus de prestations. Elle a notamment précisé en se fondant sur le rapport du 14 janvier 2009 du CHUV que les troubles présentés par l'assuré étaient d'origine génétique et n'avaient aucun lien avec l'accident.

B. Par acte du 11 février 2010, l'assuré a recouru contre cette décision. Il conclut à son annulation et à la mise en oeuvre d'une expertise médicale.

La CNA, représentée par un avocat, a répondu par acte du 17 mai 2010. Elle conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée pour les motifs déjà exposés dans ladite décision.

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 (art. 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 auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 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). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et respectant pour le surplus les exigences de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer dans la présente cause (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident, professionnel ou non. Le droit à des prestations suppose notamment entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire

que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte. Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; cf. ATF 119 V 335 c. 2b/bb). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 c. 3.1, 402 c. 4.3.1). Le juge tranche cette question de fait en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, en les appréciant selon la règle du degré de vraisemblance prépondérante. Si l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état de l'assuré est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine). En cas de rechute ou de séquelle tardive, l'assuré peut à nouveau prétendre à la prise en charge du traitement médical et, en cas d'incapacité de travail, au paiement d'indemnités journalières (art. 11 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents; RS 832.202]). On parle de rechute ou de séquelle tardive lorsqu'une atteinte à la santé était guérie en apparence, mais non dans les faits. En cas de rechute, la même affection se manifeste à nouveau. Une séquelle tardive survient, en revanche, lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 c. 3a).

b) 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 126 V 353 c. 5b).

Le juge apprécie librement les preuves médicales. Il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. Un rapport médical a une valeur probante pour autant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'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 dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 c. 3a)

Selon la jurisprudence, les rapports des médecins des assureurs peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 c. 3b/ee et les références citées; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 c. 3.3.2; 8C_862/2008 du 19 août 2009 c. 4.2). Par ailleurs, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations

d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 c. 3b/cc et les références citées; Pratique VSI 2001 p. 106 c. 3b/bb et cc).

3. Est litigieux en l'espèce l'existence d'une relation de causalité naturelle entre les troubles présentés par le recourant et l'accident du 20 juillet 1990. Celui-ci fait en effet grief à l'intimée d'avoir considéré, sur la base de l'avis médical de son médecin d'arrondissement, qu'il n'était pas possible de retenir, au regard du principe de vraisemblance prépondérante, l'existence d'une telle causalité.

En l'occurrence, les examens radiologiques pratiqués en 1990 (CT-scan) et en novembre 2008 (IRM) n'ont pas décelé de séquelles traumatiques en lien avec le traumatisme crano-cérébral survenu le 20 juillet 1990. Selon le rapport médical du Service de neurologie du CHUV daté du 14 janvier 2009, un probable syndrome de Klinefelter a été diagnostiqué. En effet, les spécialistes du CHUV concluent qu'il semble probable que les troubles cognitifs constatés, de même que les troubles du comportement, pourraient correspondre à un tableau clinique de syndrome de Klinefelter, soit une maladie génétique. Ce diagnostic avait déjà été émis en 1990 par le docteur F._____. Au demeurant, aucun médecin consulté par le recourant ne fait état de séquelles traumatiques lié à l'accident de 1990. Si le Dr V._____ indique que les maux dont souffre l'assuré sont apparus après cet événement, il n'étaye nullement ses constatations. Il sied encore de préciser qu'il ne suffit pas que les symptômes apparaissent après un accident pour établir un lien de causalité naturelle (cf. supra c. 2a).

Pour le surplus, dans la mesure où le Dr V._____ s'exprime en qualité de médecin traitant de l'assuré et est ainsi enclin à être plus favorable sa patiente (ATF 125 V 351 c. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 c. 3b/bb et cc), il convient de préférer l'avis des experts qui se sont succédés.

Quant à l'appréciation médicale de la Dresse M._____, elle repose sur l'ensemble des éléments au dossier notamment tous les rapports médicaux produits. Il ne s'agit pas d'une expertise mais d'une analyse complète et précise des rapports au dossier.

En définitive, vu l'absence d'une quelconque indication de séquelles traumatiques et les constatations médicales concordantes, il convient d'admettre que l'hypothèse la plus vraisemblable est l'origine génétique, soit malade, de l'atteinte litigieuse. L'intimée pouvait ainsi, sur la base de l'appréciation médicale de la Dresse M._____, admettre, au degré de vraisemblance prépondérante, l'absence de causalité naturelle entre l'atteinte litigieuse et l'accident du 20 juillet 1990 et, par conséquent, nier le droit de l'assuré aux prestations LAA.

L'instruction du dossier apparaissant suffisante, la requête du recourant visant à la mise en œuvre d'une expertise doit être rejetée.

4. Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

5. Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 55 LPA-VD). La procédure devant la Cour des assurances sociales en matière d'assurance-accidents étant gratuite, il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. a LPGA; 45 LPA-VD). La CNA, comme institution d'assurance chargée de tâches de droit public, n'a pas droit à des dépens.

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision attaquée sur opposition rendue le 28 février 2010 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 :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean-Pierre Bloch, avocat (pour L. _____),
- Me Olivier Derivaz, 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).

Le greffier :