

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 mars 2013

Présidence de M. MÉTRAL
Juges : M. Gasser et Mme Férolles, assesseurs
Greffière : Mme Berberat

Cause pendante entre :

F._____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Marie Agier, avocat au Service juridique d'Intégration Handicap, à Lausanne,

et

CAISSE M._____, à [...], intimée.

Art. 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. a) F. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...] 1953, au bénéfice d'un CFC d'électricien, exerce depuis 1992 la profession de moniteur d'atelier dans le secteur jardinerie au sein de l'Association pour handicapés Y. _____. Le 20 juin 2008, il a été victime d'un traumatisme du membre supérieur droit par strangulation de l'avant-bras droit pris dans le câble de frein d'un motoculteur. Il a présenté un important hématome, qui a disparu après quelques jours. Par la suite, des symptômes sous forme d'un trouble du tonus de la main droite sont apparus très progressivement. Selon ses allégations en procédure, l'assuré ne s'en est aperçu qu'en novembre 2008. Il en a informé son médecin traitant, le Dr B. _____, médecin généraliste, "sans y donner plus d'importance". Le 2 mars 2009, les troubles étant devenus évidents, il a consulté le Dr B. _____ qui a constaté une diminution de la motricité fine des doigts et de la force de préhension de la main, avec un œdème de la main droite. Une ultrasonographie de l'avant-bras droit n'a toutefois révélé aucune déchirure musculaire, ni d'hématome ou de collection dans les parties molles (rapport radiologique du 12 mars 2009). Les symptômes ont cependant persisté. Dès la fin de l'année 2009, F. _____ a développé une épicondylite de surcharge du membre supérieur gauche entraînant un arrêt de travail dès le 23 novembre 2009.

L'Association Y. _____ a rempli le 31 mars 2010 une déclaration d'accident LAA en faveur de l'assuré qu'elle a adressée à la Caisse M. _____ (ci-après : la caisse ou l'intimée), auprès de laquelle l'employeur était affilié pour l'assurance-accidents en faveur de son personnel. Dans un courrier en annexe portant la même date, l'Association Y. _____ a en outre mentionné les éléments suivants :

"(...).

Monsieur F. _____ est en incapacité de travail à 100 % depuis le 23 novembre 2009 et à 50 % depuis le 1^{er} février 2010.

Nous avons annoncé l'incapacité de travail à notre assurance perte de gain, la Caisse C. _____, qui, après examen du dossier, suppose qu'il y a une possibilité de lien avec l'événement du 20 juin 2008".

Dans un rapport du 20 avril 2010 au Dr Z._____, médecin conseil de la caisse, le Dr B._____ a indiqué que l'étiologie des symptômes présentés était "post traumatique", en précisant qu'une dysfonction radiculaire ou tronculaire, de même qu'une déchirure musculaire ou un hématome résiduel compressif, ou encore des problèmes circulatoires, avaient été écartés. Le patient, compensant la faiblesse de la main droite avec le membre supérieur gauche, avait développé à la fin de l'année 2009 une épicondylite de surcharge à gauche nécessitant un arrêt de travail à 100 % du 23 novembre 2009 au 31 janvier 2010, puis à 50 %. Le patient bénéficiait d'anti-inflammatoires et de physiothérapie. Le Dr B._____ a enfin précisé qu'aucune circonstance sans rapport avec l'accident ne jouait un rôle dans l'évolution.

b) Dans l'intervalle, F._____ a déposé le 9 avril 2010 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) tendant à l'octroi de mesures pour une réadaptation professionnelle.

Dans un rapport du 21 avril 2010 à l'OAI, le Dr B._____, a attesté une incapacité de travail à 100 % du 23 novembre 2009 au 31 janvier 2010, puis à 50 %, en précisant qu'une reprise de l'activité à 100 %, sans transition, entraînerait une aggravation rapide de l'épicondylite gauche. En effet, la manipulation d'outils à deux mains (râteaux, bêches...), ainsi que le port de charges à deux mains (cageots) étaient difficiles en raison de la perte de mobilité de la main droite, de la contracture musculaire bicipitale et deltoïdienne droite, préteritant ainsi la guérison du membre supérieur gauche.

Dans un rapport du 31 juillet 2010, le Dr Z._____ a exclu un rapport de causalité naturelle entre l'accident et les symptômes pour lesquels l'assuré avait consulté le Dr B._____ dès le mois de mars 2009, en faisant état des éléments suivants :

"APPRECIATION DU CAS

Il est probable que ce patient ait subi une contusion de son avant-bras droit le 20 juin 2008.

En général, une contusion cesse de déployer ses effets après quelques jours, au maximum après 2-4 semaines. Une extension de la symptomatologie dans le temps peut être admise lorsqu'il existe des troubles dégénératifs sous-jacents, responsables d'une fragilité tissulaire et partant, d'un délai de rétablissement ralenti, ou encore lors d'un déconditionnement physique.

Une telle extension peut aussi être admise en cas de lésion atypique post-contusionnelle, à savoir neurologique ou vasculaire.

Ce ne fut pas le cas de ce patient, qui a eu un bilan dans ce sens parfaitement adéquat.

En d'autres termes, en l'absence d'une lésion objectivable sur l'ultrason effectué, voire d'anomalie significative après examen neuro-vasculaire spécialisé, on ne saurait imputer à l'événement qui nous concerne le traitement prescrit (physiothérapie), voire l'incapacité de travail qui prévaut depuis novembre 2009 (17 mois après l'événement de juin 2008).

Enfin, le grand délai entre l'événement du 20 juin 2008 et la première consultation survenue le 2 mars 2009, est un élément complémentaire parlant en faveur d'une action vulnérante initiale de faible envergure.

Une autre explication que "traumatique" devrait donc être recherchée pour rendre compte des plaintes alléguées/troubles constatés (incluant aussi la surcharge épicondylienne gauche, qui n'a rien d'exceptionnel chez un patient "manuel".

Dans un rapport du 10 août 2010 au Dr B._____, le Dr J._____, spécialiste en neurologie, s'est interrogé sur une éventuelle affection extrapyramidale et a proposé la consultation du Dr H._____, spécialiste en neurologie.

c) Par décision du 18 août 2010, la caisse a rejeté la demande de prestations pour le traitement initié en mars 2009, considérant qu'en l'absence de lésion traumatique mise en évidence par l'ultrason du 12 mars 2009, les troubles traités ne pouvaient être attribués avec vraisemblance à un événement traumatique.

Par lettre du 24 août 2010 à la caisse, le Dr B._____ a proposé d'attendre les constatations du Dr H._____ avant de se prononcer définitivement. Les suites d'un accident et d'une possible maladie dégénérative étant "intriquées", il n'était "pas raisonnable d'exclure le traumatisme de l'anamnèse".

Le 25 août 2010, l'assuré a consulté le Dr H._____. Dans un rapport du 26 août 2010, ce médecin a posé le diagnostic de parkinsonisme akinétorigide prédominant à droite et aux membres supérieurs, dont le facteur déclenchant avait probablement été le traumatisme périphérique subi le 20 juin 2008. Il n'y avait aucune lésion du système nerveux périphérique, que ce soit au membre supérieur droit ou de façon plus générale. Ce praticien a proposé une IRM cérébrale pour vérifier l'absence de lésion morphologique visible et confirmer la présence d'une affection dégénérative.

Une IRM cérébrale a été pratiquée le 17 septembre 2010 et a mis en évidence une atrophie des noyaux lenticulaires bilatéraux, le reste du status cérébral étant dans la norme.

Par courrier du 7 octobre 2010 à la caisse, le Dr B._____ a indiqué avoir instauré un traitement par Madopar [traitement de la maladie de Parkinson], en se référant aux conclusions du Dr H._____ et du rapport d'IRM cérébrale.

Dans un rapport du 14 avril 2011 à l'OAI, le Dr B._____ a posé le diagnostic, ayant des répercussions sur la capacité de travail de son patient, de parkinsonisme akinétorigide prédominant à droite et aux membres supérieurs. Il a attesté une incapacité de travail à 100 % du 23 novembre 2009 au 31 janvier 2010, à 50 % du 1^{er} février au 2 juin 2010 et à 40 % dès le 3 juin à ce jour. La capacité résiduelle de travail dans l'activité habituelle était de 60 % avec baisse de rendement en raison de diverses limitations fonctionnelles (par exemple, l'utilisation d'un outil à deux mains était lentement possible avec le bras gauche uniquement).

Dans un rapport du 18 mai 2011 à la caisse, le Dr B._____ a admis la présence d'une maladie dégénérative, en reprenant entre guillemets les termes du Dr H._____ "Parkinsonisme akinétorigide prédominant à droite et aux membres supérieurs, dont le facteur déclenchant a probablement été le traumatisme périphérique lui-même, comme ceci se voit parfois".

Par décision sur opposition du 8 septembre 2011, la caisse a maintenu son refus de prise en charge du traitement initié en mars 2009. Constatant la présence d'une maladie dégénérative, la caisse a considéré que les troubles du bras droit pour lesquels l'assuré était en traitement dès le mois de mars 2009 n'étaient pas en relation de causalité avec l'accident du 20 juin 2008.

Par décision du 11 novembre 2011, confirmant un projet de décision du 26 août 2011, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2010, le taux d'invalidité ayant été fixé à 40 %.

B. Par acte du 6 octobre 2011, F._____ recourt contre la décision sur opposition du 8 septembre 2011 de la Caisse M._____ et conclut implicitement à la prise en charge du traitement initié en mars 2009. Il indique que son bras était en bonne santé avant l'accident de juin 2008 et que l'apparition des troubles est postérieure à cet événement. Il joint à son recours un courrier du 7 octobre 2011 du Dr B._____ selon lequel "pour moi, le processus traumatique à l'origine de cette maladie [dégénérative] est une possibilité physiologiquement cohérente".

Dans sa réponse du 10 novembre 2011, l'intimée conclut au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée.

Dans sa réplique du 24 janvier 2012, le recourant, désormais représenté par Me Jean-Marie Agier, soutient que dans son rapport du 26 août 2011, le Dr H._____ semble indiquer que le traumatisme périphérique par strangulation de l'avant-bras droit n'a pas été seulement une cause possible, mais bien une cause probable du parkinsonisme akinétorigide. Il convient par conséquent d'interpeller le Dr H._____ afin de savoir si le parkinsonisme dont il souffre se serait, sans l'accident subi, produit ou non. Le recourant conclut à la réforme de la décision sur opposition du 8 septembre 2011 de l'intimée, en ce sens que le trouble diagnostiqué engage la responsabilité de l'assureur LAA et que par

conséquent la cause soit renvoyée à l'intimée afin que celle-ci détermine le genre et le montant des prestations LAA auxquelles il a droit.

Dans sa duplique du 10 février 2012, l'intimée constate que l'appréciation du Dr H._____ du 26 août 2010 est antérieure à l'IRM cérébrale du 17 septembre 2010 si bien que son avis ne saurait avoir entière valeur probante. Il convient ainsi de se référer à l'appréciation du Dr B._____ lequel a conclu à la présence d'une maladie dégénérative de Parkinson après avoir eu connaissance des conclusions de l'IRM cérébrale (courriers des 7 octobre 2010 et 18 mai 2011). Au vu de ces éléments et de l'avis du Dr B._____, l'interpellation du Dr H._____ n'est pas nécessaire. L'intimée requiert cependant la production du dossier de l'assurance-invalidité.

A la demande du juge instructeur, l'OAI a fourni le 21 février 2012 le dossier AI du recourant.

Par courrier du 9 mai 2012, le juge instructeur a informé le Dr H._____ du fait que le recourant demandait son audition comme témoin et qu'il était invité à répondre par écrit à un questionnaire, annexé. Le Dr H._____ a répondu par courrier du 18 mai 2012. Ses réponses ont été communiquées aux parties, qui se sont déterminées les 4 juin 2012 (recourant) et 22 juin 2012 (intimée).

Le recourant a demandé qu'une question complémentaire soit posée au Dr H._____ afin de déterminer quand la maladie se serait manifestée s'il n'y avait pas eu l'accident du 20 juin 2008.

Pour sa part, l'intimée a observé que s'agissant de l'étiologie des troubles, le Dr H._____ avait conclu à une origine neurodégénérative sans lésions non dégénératives détectables. L'intimée a dès lors conclu à l'absence de causalité naturelle entre l'événement du 20 juin 2008 et la maladie de Parkinson.

Par courrier du 9 juillet 2012, le juge instructeur a informé les parties qu'il estimait inutile d'adresser un nouveau questionnaire complémentaire au Dr H. _____ et que sauf nouvelle réquisition, un jugement serait rendu.

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 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 a été déposé en temps utile et respecte pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il 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. Le litige porte sur le point de savoir si les symptômes présentés par le recourant étaient encore, postérieurement à la fin de l'année 2008, en relation de causalité avec l'accident du 20 juin 2008, de sorte que l'intimée devrait en prendre en charge les suites (traitement médical et prestations en espèces).

a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. L'obligation éventuelle de l'assureur d'allouer ses prestations suppose toutefois un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (TF 8C_87/2007 du 1^{er} février 2008 consid. 2.2). La question de la causalité adéquate ne se pose que si la causalité naturelle est établie (ATF 119 V 335 consid. 4).

L'exigence du lien de causalité naturelle 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. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (TFA U 80/05 du 18 novembre 2005 consid. 1.2; ATF 129 V 177 consid. 3.1; 119 V 337 consid. 1).

Si l'on peut admettre qu'un 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 maladif antérieur 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*; TFA U_61/91 du 18 décembre 1991 consid. 4b [RAMA 1992 no U 142 p. 75]; Frésard/Moser-Szeless, *op. cit.*, n. 80 p. 865). 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*"; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb, pp. 340 ss; TFA U 215/97 du 23 février 1999 consid. 3b

[RAMA 1999 no U 341 p. 408 sv.]). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence d'un rapport de causalité avec l'événement assuré.

Le droit à des prestations découlant d'un événement assuré suppose également, outre un lien de causalité naturelle, un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 402, consid. 4.4.1 *in limine*). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité adéquate est une question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher (ATF 115 V 403, consid. 4a). Selon la jurisprudence, la causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177, consid. 3.2; 402, consid. 2.2; 125 V 456, consid. 5a, et les références).

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 consid. 5b).

Le juge apprécie librement les preuves médicales recueillies. 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 consid. 3a).

L'assureur-accidents est tenu, au stade de la procédure administrative, de confier une expertise à un médecin indépendant, si une telle mesure se révèle nécessaire. Lorsque de telles expertises sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (TF 8C_510/2009 du 3 mai 2010, consid. 3.3).

3. En l'occurrence, il n'est pas contesté que le recourant a subi un accident le 20 juin 2008, soit un traumatisme par strangulation à son bras droit. Il s'en est suivi un hématome durant quelques jours pour lequel le recourant n'a pas consulté avant le mois de novembre 2008 si l'on s'en tient à ses allégations. Pour sa part, le Dr B._____ a fait état d'une première consultation en mars 2009 (rapport du 21 avril 2010 à l'OAI), sans que la question de la date exacte de cette consultation soit décisive. Le recourant n'a pas présenté d'incapacité de travail attestée médicalement avant le 23 novembre 2009. En mars 2009, il s'est plaint d'une diminution de la motricité fine des doigts et de la force de préhension de la main, avec un œdème à la main droite. L'utilisation de ce membre était déficiente, notamment pour porter, pour effectuer de petits mouvements précis et dans le cadre de la possibilité de résistance. Le Dr H._____ a clairement établi que les symptômes en question étaient causés par un parkinsonisme akinétorigide prédominant à droite et aux membres supérieurs (courrier du 26 août 2010), maladie qui doit être qualifiée de dégénérative. Il s'agit toutefois d'examiner si l'accident a joué

un rôle dans le déclenchement de cette affection dégénérative. Enfin, la question se pose de savoir si le recourant a depuis lors retrouvé un statu quo ante ou un statu quo sine et, si oui, à partir de quelle date. Il convient de trancher cette question en appliquant le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en droit des assurances sociales, en l'absence de lésion assimilée à un accident.

a) L'intimée a nié l'existence d'un lien de causalité naturelle entre un parkinsonisme akinétorigide et l'accident du 20 juin 2008. Elle s'est fondée pour cela sur les rapports des Drs H. _____ du 26 août 2010 et B. _____ du 18 mai 2011, ainsi que sur les conclusions relatives à l'IRM cérébrale pratiquée le 17 septembre 2010.

A l'instar de l'intimée (déterminations du 22 juin 2012), la Cour de céans n'a aucune raison de s'écarter de l'appréciation du Dr H. _____ du 26 août 2010, laquelle a été complétée par un courrier du 18 mai 2012 au Tribunal. Les réponses du Dr H. _____ dans le cadre du questionnaire qui lui a été soumis par le Tribunal établissent au degré de la vraisemblance prépondérante que l'accident n'a pas joué un rôle dans le déclenchement du parkinsonisme akinétorigide. Dans sa réponse à la question 1, le Dr H. _____ a indiqué que l'accident avait probablement été un facteur de *"révélation des premières manifestations d'une affection neurodégénérative par ailleurs progressive, et non comme facteur étiologique certain"*; tout en précisant dans sa réponse à la question 2 que *"on peut considérer une contribution à l'atteinte du patient à mon avis uniquement comme facteur révélateur, et non comme une contribution étiologique au développement de cette maladie et à sa péjoration"*. Il a également constaté que l'IRM cérébrale avait confirmé un parkinsonisme, mais ne permettait pas de préciser davantage la forme dégénérative exacte. Cet examen avait en outre exclu des lésions vasculaires, tumorales ou traumatiques visibles (réponse à la question 3). Le Dr H. _____ a enfin relevé qu'une relation étiologique du traumatisme sur le processus neurodégénératif lui-même était improbable, ce traumatisme ayant en revanche probablement révélé les manifestations de la maladie selon la chronologie des événements (réponses aux questions 5 et 6).

b) Au vu des éléments précités, il convient de retenir que les réponses du Dr H._____ relative à la situation médicale du recourant sont claires et probantes. Elles permettent d'admettre une évolution vers le statu quo sine au plus tard 2 à 4 semaines après l'accident, en l'absence de toute relation étiologique entre le traumatisme et le processus dégénératif du Parkinson (appréciation du Dr Z._____ du 31 juillet 2010). L'avis du Dr B._____ du 7 octobre 2011 selon lequel "le processus traumatique à l'origine de cette maladie [dégénérative] est une possibilité physiologiquement cohérente" ne remet pas en cause les conclusions du Dr H._____. L'appréciation du Dr B._____, qui n'est au demeurant pas un spécialiste en neurologie, ne permet en effet pas de retenir, au degré de vraisemblance prépondérante requis, l'existence d'un lien de causalité entre l'atteinte dégénérative et l'accident. Il y a lieu d'ajouter, comme le rappelle l'intimée, que le principe "post hoc, ergo propter hoc" selon lequel une lésion résulte d'un accident, car elle est apparue après celui-ci, n'a pas de valeur probante à lui seul et ne permet pas d'admettre une relation de causalité naturelle au degré de vraisemblance prépondérante. En l'absence de lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par le recourant postérieurement à décembre 2008, l'intimée a nié à juste titre le droit aux prestations d'assurance litigieuses.

4. Mal fondé, le recours doit par conséquent être rejeté et la décision attaquée confirmée.

Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite, ni d'allouer de dépens (art. 61 let. a et g LPGA).

**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 8 septembre 2011 par la Caisse M._____ est confirmée.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Marie Agier (pour le recourant), avocat auprès du Service juridique d'Intégration handicap, à Lausanne,
- Caisse M._____ (intimée), à [...],
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

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 :