

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 novembre 2012

Présidence de Mme PASCHE
Juges : M. Merz, juge et Mme Rossier, assesseur
Greffière : Mme Berberat

Cause pendante entre :

O._____, à [...], recourant, représenté par Me Marc-Antoine Aubert,
avocat à Lausanne,

et

CAISSE V._____, à [...], intimée.

Art. 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. **a)** O. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1961, est employé depuis le 1^{er} mai 2008 en qualité de veilleur de nuit auprès de l'EMS [...] à [...]. A ce titre, il est assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse V. _____ (ci-après : l'intimée). De formation médicale dans son pays d'origine, il avait repris, en parallèle à son travail de veilleur, des études de médecine en Suisse. Selon la déclaration d'accident-bagatelle du 26 juin 2008, l'assuré avait été victime d'un accident de la circulation le 8 juin 2008 à 17h15. Alors qu'il se trouvait sur la voie de sortie de l'autoroute, son véhicule a été embouti à l'arrière par un automobiliste. Les parties du corps atteintes ont été les cervicales et les lombaires et ce, des deux côtés. Sous la rubrique "type de lésion" de la déclaration d'accident-bagatelle, il a été mentionné : "coup du lapin". La Caisse V. _____ a pris en charge le cas.

Dans le rapport de police établi le 25 juin 2008, il est indiqué que l'assuré et sa passagère avant ont été légèrement blessés et qu'ils ont été conduits à l'hôpital C. _____ en ambulance, établissement qu'ils ont pu quitter le jour même. Il est également précisé que le véhicule de l'assuré était arrêté au cédez-le-passage lorsqu'il a été percuté. Les dommages matériels sont indiqués comme suit : "à l'arrière-hayon et pare-chocs endommagés, verre de la lunette brisé", et pour l'autre véhicule : "à l'avant-porte plaque plié".

Il ressort de la "fiche documentaire pour première consultation après un traumatisme d'accélération cranio-cervical" remplie lors de la consultation à l'hôpital C. _____ (fiche datée du 28 juin 2008), les éléments suivants : l'assuré a fait état de douleurs à la nuque, sans toutefois préciser leur intensité par rapport à une échelle allant de 0 (pas de douleur) à 10 (insupportable). A part les douleurs précitées, l'assuré n'a pas mentionné d'autres troubles tels que des maux de tête, vertiges, nausées ou vomissements. L'examen médical pratiqué n'a en outre révélé aucune douleur au repos, ni à la pression ou au choc, et aucune limitation

fonctionnelle. Sur le plan neurologique, les réflexes tendineux, ainsi que la force musculaire étaient normaux et il n'y avait ni paresthésies, ni déficits sensitifs. Un examen radiologique du thorax, de la colonne vertébrale face profil transbuccale nageur et de la colonne lombaire face profil pratiqué le jour de l'accident a conclu à l'absence de fracture (rapport du 16 juin 2008). Conformément à la classification Quebec Task Force (QTF), le Dr M._____, médecin-assistant auprès de l'hôpital C._____, a retenu sur la fiche de consultation du 28 juin 2008 le diagnostic provisoire de stade I, soit celui correspondant à des *"douleurs de nuque avec douleurs/raideur, ou uniquement douleurs, pas de signes somatiques"*.

Dans un rapport médical du 28 août 2008, la Dresse H._____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne, a indiqué que son patient ne l'avait consultée qu'à une seule reprise, soit le 29 juillet 2008 en raison de la persistance de cervico-lombalgies apparues après l'accident du 8 juin 2008. Elle a attesté une totale incapacité de travail du 1^{er} au 31 août 2008, tout en précisant qu'il serait souhaitable que le patient soit examiné par le médecin-conseil de la Caisse V._____.

Lors d'un entretien téléphonique du 24 septembre 2008 avec un collaborateur de la Caisse V._____, l'EMS [...] a confirmé que l'assuré n'avait jamais eu d'arrêt de travail consécutif à l'accident et qu'il travaillait tout à fait normalement (note interne du 24 septembre 2008).

Une IRM de la colonne cervicale a été pratiquée le 8 octobre 2008 à l'hôpital B._____ avec comme *"Indications : cervicalgie chronique post accident de la circulation avec "coup du lapin", le 08.06.2008. Pas d'amélioration malgré un traitement conservateur. Troubles dégénératifs? Hernie discale? Autre?"*. Le rapport établi le même jour a conclu à la *"présence de saillies disco-ostéophytaires antérieures et postérieures de C5-C6, discrètes, ne réalisant pas un canal cervical étroit, sans myélopathie associée (discret artéfact de troncature en regard) sur la séquence T2 sagittal. Pas d'argument pour un rétrécissement des trous de conjugaison sur la séquence T2* axiale. Sur les séquences gado T1 fatsat,*

pas de prise de contraste en faveur d'une atteinte inflammatoire notamment".

Dans un courrier du 22 octobre 2008 adressé au Dr X._____, médecin adjoint du service d'endocrinologie, de diabétologie et de métabolisme de l'hôpital B._____, et médecin traitant de l'assuré, la Dresse H._____ a posé le diagnostic de cervico-lombalgies chroniques post-traumatiques, lesquelles persistaient malgré un traitement conservateur d'antalgiques, de myorelaxants et de physiothérapie. En outre, elle a notamment exposé ce qui suit :

"Il s'agit d'un patient de 47 ans qui est connu pour un diabète de type II insulino-requérant, pour un syndrome néphrotique, pour une hyperlipidémie familiale combinée, une dépression récurrente et un status après cholécystectomie en 2003 environ.

(...)

Sur le plan professionnel, j'ai prolongé l'incapacité de travail de M. O._____ du 01.09.2008 au 30.11.2008, ce dernier disant ne pas pouvoir étudier en raison de l'augmentation des cervicalgies et des céphalées après 30 minutes de station assise. Ces certificats sont rédigés à l'intention de la Faculté de médecine".

Une IRM lombaire a été pratiquée le 7 novembre 2008 à l'hôpital B._____. Le rapport établi le même jour a conclu à de très discrets signes d'arthrose débutante des articulations facettaires à l'étage L4-L5, sans hernie discale, ni discopathie.

Suite à la demande de renseignements médicaux de la Caisse V._____ du 4 novembre 2008, la Dresse H._____ a, dans un courrier adressé au Dr Q._____, médecin-conseil de la Caisse V._____, retenu les diagnostics de cervicalgies chroniques post-traumatiques de stade II selon la QTF et de lombalgies chroniques post-traumatiques. Elle a en outre confirmé une incapacité de travail pour la période allant du 1^{er} août au 30 novembre 2008. Elle a également précisé que son patient, médecin de formation dans son pays d'origine, suivait des études de médecine en Suisse. Les certificats médicaux avaient pour but de ne pas prêter ses études, l'assuré n'ayant pas pu se présenter à ses examens en raison des douleurs. En revanche, l'assuré assumait toujours des veilles dans un EMS de psychiatrie, à raison d'environ 5 fois par mois. Il s'agissait de veilles

dormantes, l'assuré devant donner des médicaments à des patients atteints de problèmes psychiques âgés entre 16 et 70 ans, sans limitation somatique.

Par courrier du 12 janvier 2009 adressé au Dr X._____, la Dresse H._____ a indiqué que le patient l'avait consultée le même jour. A cette occasion, il avait signalé une nette amélioration de la symptomatologie. Depuis une dizaine de jours, il n'avait plus de cervicalgie. Sur le plan lombaire, il présentait environ une fois par semaine des lombalgies basses, décrites comme un coup de couteau, durant environ une heure, parfois plus longtemps. Au vu de cette évolution favorable, la Dresse H._____ n'avait pas prévu de revoir l'assuré en contrôle.

Par courrier du 16 février 2009, le conseil de l'assuré a demandé à la Caisse V._____ de garder le dossier en suspens.

Par courrier du 11 mars 2009 adressé au Dr Q._____, la Dresse H._____ a mentionné que la dernière consultation avait eu lieu le 9 février 2009 et que depuis lors, il n'y avait pas eu de nouvelles investigations, ni aucune nouvelle consultation fixée. Elle a toutefois précisé que le patient devait encore terminer des séances de physiothérapie.

A la demande de renseignements médicaux du 14 mai 2009 de la Caisse V._____, la Dresse H._____ a, dans une note manuscrite du 15 mai 2009, répondu qu'elle n'avait plus revu le patient depuis le 9 février 2009.

b) Par décision du 29 mai 2009, la Caisse V._____ a mis un terme à ses prestations avec effet au 31 mai 2009 en raison de l'absence de lien de causalité entre les troubles du dos de l'assuré et l'accident du 8 juin 2008. Les soins donnés dès le 1^{er} juin 2009 relevaient par conséquent de la garantie de l'assureur-maladie de l'intéressé.

Par courrier du 2 juillet 2009, l'assureur-maladie a confirmé qu'il prenait en charge les frais de traitement à partir du 1^{er} juin 2009.

Dans l'intervalle, soit le 8 juin 2009, l'assuré a, par son conseil, formé opposition contre la décision du 29 mai 2009 de GMA SA. Il a transmis le 7 octobre 2010 un courrier du 14 septembre 2010 de la Dresse H. _____ au Dr X. _____, laquelle a notamment exposé ce qui suit :

"(...)

M. O. _____ m'a reconsultée le 14 septembre 2009 [recte 2010] en raison de la persistance de lombalgies basses en barre irradiant vers les trochanters, accompagnées de blocages. Les douleurs sont toujours de caractère mécanique, augmentant à la mobilisation et diminuant au repos. Il existe parfois des intervalles libres de douleurs durant une semaine. M. O. _____ rapporte également des blocages cervicaux, avec des intervalles libres de douleurs jusqu'à deux semaines. M. O. _____ n'a plus refait de physiothérapie depuis plusieurs mois.

(...)

Sur le plan thérapeutique, j'ai prescrit à M. O. _____ 9 nouvelles séances de physiothérapie active, sous forme de renforcements et d'étirements musculaires, associés à l'apprentissage d'un programme d'exercices à faire à domicile. Sur le plan médicamenteux, M. O. _____ continuera à prendre du Dafalgan en réserve, les AINS étant contre-indiqués en raison du syndrome néphrotique".

En date du 14 janvier 2011, le conseil de l'assuré a requis la mise en œuvre d'une expertise de son client sur le plan psychique et physique afin d'élucider les suites de l'accident.

Par courrier du 30 mars 2012 à la Caisse V. _____, le conseil de l'assuré a réitéré sa demande d'expertise pluridisciplinaire.

Par décision sur opposition du 18 avril 2012, la Caisse V. _____ a confirmé sa décision du 29 mai 2009 et a rejeté l'opposition formée par l'assuré. Il a ainsi retenu qu'au vu du laps de temps écoulé avant de consulter à nouveau (16 mois), la nouvelle période de plaintes devait être examinée sous l'angle d'une éventuelle rechute ou séquelle tardive. Toutefois, les rapports d'IRM des 8 octobre et 7 novembre 2008 ne mettaient en évidence aucune lésion fraîche ou traumatique susceptible d'être mise en relation avec l'événement survenu le 8 juin 2008. Par

ailleurs, au vu du long laps de temps sans consultations, du déroulement de l'accident, de la classification retenue par le corps médical (stade I selon QTF), de l'absence d'arrêt de travail et de la bonne évolution attestée par la rhumatologue traitante, la Caisse V._____ a considéré que les plaintes pour lesquelles l'assuré avait consulté à nouveau la Dresse H._____ en septembre 2010 ne pouvaient être en relation de causalité naturelle avec l'accident du 8 juin 2008. Enfin, l'accident précité ne pouvait être tenu pour la cause adéquate des troubles physiques, voire psychiques dont souffrirait l'assuré au-delà du 31 mai 2009.

B. Par acte de son mandataire du 21 mai 2012, O._____ recourt contre la décision sur opposition du 18 avril 2012 en concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée afin qu'elle procède à de nouvelles mesures d'instruction dans le sens des considérants, puis rende une nouvelle décision. Il soutient que l'intimée a statué sur la base d'un dossier insuffisamment constitué, se contentant d'éléments médicaux fragmentaires, alors que la complexité de son cas impose la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Il produit à cet effet les documents médicaux suivants :

- un rapport médical du 10 février 2012 des Drs T._____ et S._____, respectivement médecin-chef et médecin assistante au service d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital B._____, qui retiennent les diagnostics de status après déficit cochléo-vestibulaire droit progressif et d'acouphène chronique bilatéral, dont l'origine peut être multifactorielle vu les comorbidités du patient;

- un rapport du 6 juillet 2011 du Dr X._____, qui estime que l'accident du 8 juin 2008 a aggravé la situation médicale de son patient, engendrant de multiples rendez-vous en raison des douleurs causées par l'accident. Il retient les diagnostics d'hyperlipidémie de type IIb selon Fredrickson avec hyperlipidémie familiale combinée avec complications (3 épisodes de pancréatite aiguë en 2001, 2004 et 2009), de diabète de type 2 sévèrement déséquilibré, de néphropathie diabétique avec protéinurie importante, d'insuffisance rénale chronique, d'état anxio-dépressif

chronique, de cardiopathie hyperintensive et de troubles de l'équilibre et de l'audition sur déficit vestibulo-cochléaire progressif. Le Dr X. _____ a attesté une incapacité de travail à 75 % *"avec une forte limitation à de nombreuses activités, notamment l'incapacité d'effectuer une activité uniquement en position debout ou nécessitant le port de charges"*. Enfin, et indépendamment de ce qui précède, le recourant requiert la possibilité, une fois les déterminations de l'intimée connues, de déposer un mémoire complémentaire et de solliciter toute mesure utile.

Dans sa réponse du 16 août 2012, l'intimée conclut au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. Elle constate que les acouphènes et le déficit cochléen-vestibulaire droit progressif sont mentionnés pour la première fois dans le rapport du 10 février 2012 des Drs T. _____ et S. _____. L'apparition tardive de l'acouphène dont l'étiologie est multifactorielle selon les médecins précités ne permet toutefois pas de conclure au degré de la vraisemblance prépondérante que les acouphènes soient en relation de causalité avec l'accident. Quant au déficit cochléo-vestibulaire, il n'est mentionné dans aucune pièce médicale avant celle du 10 février 2012 qui indique comme première date de consultation pour ce diagnostic le 7 janvier 2011. Au vu du long laps de temps entre l'accident et la première consultation, l'intimée a nié toute relation de causalité entre le diagnostic précité et l'accident.

Le recourant n'a pas fourni de mémoire complémentaire, ni requis d'autres mesures d'instruction dans le délai qui lui a été imparti.

E n d r o i t :

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

ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al.1, 57 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, est donc recevable.

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, 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 (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière — et le recourant présenter ses griefs — que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée à supprimer le droit du recourant aux prestations de l'assurance-accidents à partir du 1^{er} juin 2009. La décision attaquée met un terme aux prestations d'assurance dès cette date, en niant tout rapport de causalité entre l'accident du 8 juin 2008 et les troubles qui ont justifié la poursuite du traitement médical. Au contraire, le recourant soutient que ces troubles sont bien en rapport de causalité avec ledit accident et sollicite la mise en œuvre d'une expertise sur le plan psychique et physique au vu des éléments médicaux fragmentaires contenus au dossier.

3. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurances sont allouées en cas d'accident professionnel,

d'accident non professionnel et 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).

b) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives 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 consid. 3a et les références ; TF 8C_303/2007 du 11 avril 2008, consid. 4). Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident. Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (TF 8C_596/2007 du 4 février 2008, consid. 3).

4. a) Il convient tout d'abord d'examiner le rapport de causalité naturelle entre les symptômes présentés par le recourant et l'accident du 8 juin 2008.

Concernant l'acouphène chronique bilatéral, l'intimée a retenu qu'aucune pièce médicale contenue dans le dossier ne mentionnait ce diagnostic avant le rapport médical des Drs T. _____ et S. _____ du 10

février 2012 (réponse du 16 août 2012). Les médecins précités ont précisé que l'origine de cette lésion pouvait être multifactorielle vu les comorbidités du patient, sans faire état d'une éventuelle relation de causalité avec l'accident. Tel est également le cas s'agissant du diagnostic de déficit cochléo-vestibulaire droit progressif, les Drs T._____ et S._____ précisant comme première date de consultation le 7 janvier 2011, l'assuré indiquant dans le cadre de son recours que ce diagnostic serait venu s'ajouter en 2010 seulement. Au vu des conditions de l'accident et du moment de l'apparition de ces diagnostics (entre 2 ans et 3 ans et demi après l'accident), l'intimée pouvait tenir pour établi au degré de la vraisemblance prépondérante que ces atteintes n'avaient pas une origine traumatique sans avoir recours à une nouvelle expertise. C'est dès lors à juste titre qu'elle a nié l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre les acouphènes, ainsi que le déficit cochléo-vestibulaire et l'accident du 8 juin 2008.

b) La question de savoir si les cervicalgies et les lombalgies chroniques (rapport du 14 septembre 2010 de la Dr H._____) - sans preuve d'un déficit organique objectivable -, ainsi que l'état anxio-dépressif (rapport du 6 juillet 2011) dans un contexte du traumatisme cervical de type "coup du lapin" sont en rapport de causalité naturelle avec l'accident peut rester indécise, faute de causalité adéquate entre ces atteintes et l'événement assuré au-delà du 31 mai 2009 (consid. 5 ci-après).

5. a) En matière de lésions du rachis cervical par accident de type "coup du lapin", de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). L'existence d'un tel traumatisme et de ses suites doit être dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (ATF 119 V 335

consid. 1, 117 V 359 consid. 4b). Le Tribunal fédéral a posé récemment diverses exigences sur les mesures d'instruction nécessaires de ce point de vue (ATF 134 V 109 consid. 9). Il a considéré, en particulier, qu'une expertise pluridisciplinaire est indiquée si l'état de santé de l'assuré ne présente ou ne laisse pas espérer d'amélioration notable relativement rapidement après l'accident, c'est-à-dire dans un délai d'environ six mois. Le Tribunal fédéral a en outre précisé sur plusieurs points sa jurisprudence au sujet de la relation de causalité entre des plaintes et un traumatisme de type "coup du lapin" ou un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou encore un traumatisme cranio-cérébral, sans preuve d'un déficit organique objectivable. Selon cet arrêt, il y a lieu de s'en tenir à une méthode spécifique pour examiner le lien de causalité adéquate en présence de tels troubles (consid. 7 à 9 de l'arrêt précité). Par ailleurs, le Tribunal fédéral n'a pas modifié les principes qui ont fait leur preuve, à savoir la nécessité, d'une part, d'opérer une classification des accidents en fonction de leur degré de gravité et, d'autre part, d'inclure, selon la gravité de l'accident, d'autres critères lors de l'examen du caractère adéquat du lien de causalité (consid. 10.1). Cependant, il a renforcé les exigences concernant la preuve d'une lésion en relation de causalité naturelle avec l'accident, justifiant l'application de la méthode spécifique en matière de traumatisme de type "coup du lapin" (consid. 9) et modifié en partie les critères à prendre en considération lors de l'examen du caractère adéquat du lien de causalité (consid. 10). Ces critères sont désormais formulés de la manière suivante :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident (inchangé);
- la gravité ou la nature particulière des lésions (inchangé);
- l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible (formulation modifiée);
- l'intensité des douleurs (formulation modifiée);
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident (inchangé);

- les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes (inchangé);
- l'importance de l'incapacité

b) En l'occurrence, l'accident a provoqué des dégâts limités à l'arrière du véhicule dans lequel se trouvait le recourant (hayon et pare-chocs endommagés, verre de lunette brisé), alors que l'autre véhicule n'a eu que le porte plaque plié à l'avant. Aucun élément au moment du choc ne donne à l'accident un caractère particulièrement impressionnant. Le recourant a pu sortir lui-même de son véhicule en attendant l'arrivée de l'ambulance. Il a déclaré aux agents de la police vaudoise qu'il ressentait des douleurs à la nuque et aux lombaires (rapport du 26 juin 2008). Il a en outre pu ressortir le jour même de l'hôpital. Le traitement médical n'a pas été particulièrement pénible, puisqu'il s'est limité à des prises d'antalgiques et de myorelaxants, à des séances de physiothérapie, ainsi qu'à diverses consultations auprès des Drs X._____ et H._____. Les deux IRM pratiquées les 8 octobre et 7 novembre 2008 n'ont mis en évidence aucune atteinte traumatique qui aurait pu être imputable à l'accident, les investigations ne faisant état que de légers troubles dégénératifs préexistants. Or, pour qu'un assuré puisse se prévaloir de l'intensité des douleurs, il faut que, durant le temps écoulé entre l'accident et la clôture du cas (art. 19 al. 1 LAA) aient existé, sans interruption conséquente, des douleurs importantes. L'importance se mesure sur la base de la crédibilité des douleurs et sur les empêchements provoqués par les douleurs dans la vie de tous les jours pour la personne accidentée. En l'espèce, les douleurs ont évolué favorablement selon la Dresse H._____, laquelle ne les a pas qualifiées d'intenses (rapport du 12 janvier 2009). Le 15 mai 2009, elle a signalé qu'elle n'avait plus revu son patient depuis le 9 février 2009. Depuis cette date et jusqu'au 14 septembre 2010, le recourant n'a en définitive plus consulté la Dresse H._____, ce qui doit être considéré comme une interruption conséquente. Lors de la consultation du 14 septembre 2010, la Dresse H._____ n'a pas constaté d'attitude algique à l'exception des douleurs signalées par le recourant augmentant à la mobilisation et diminuant au repos et ce, avec des intervalles libres de douleurs pouvant aller d'une à deux semaines (rapport

médical de la Dresse H._____ du 14 septembre 2010). Elle n'a pas retenu de limitation fonctionnelle, ni attesté une quelconque incapacité de travail autre que celle relative à la période allant du 1^{er} août au 30 novembre 2008. Sur ce point, l'attestation d'incapacité de travail du 6 juillet 2011 du Dr X._____, médecin traitant du recourant, n'emporte pas la conviction. Outre le fait que son rapport doit être abordé avec précaution vu la position de confident privilégié que lui confère son mandat, ce praticien s'est limité à rappeler la situation médicale complexe vécue par son patient en mentionnant de nombreux diagnostics (hyperlipidémie de type IIb selon Fredrickson avec hyperlipidémie familiale combinée avec complications [3 épisodes de pancréatite aiguë en 2001, 2004 et 2009], diabète de type 2 sévèrement déséquilibré, néphropathie diabétique avec protéinurie importante, insuffisance rénale chronique, état anxio-dépressif chronique, cardiopathie hyperintensive et troubles de l'équilibre et de l'audition sur déficit vestibulo-cochléaire progressif), sans toutefois motiver de manière circonstanciée les raisons qui l'avaient conduit à reconnaître une incapacité de travail de 75 %, ni se prononcer quant au lien de causalité entre les diagnostics précités et l'accident du 8 juin 2008. Tel est notamment le cas s'agissant de l'état anxio-dépressif chronique, diagnostic qui apparaît comme une atteinte à la santé distincte et indépendante du tableau clinique consécutif à un traumatisme de type "coup du lapin" (ATF 134 V 109 consid. 9.5 p. 125 s.) et qui n'a, au demeurant, été signalé pour la première fois qu'en juillet 2011, soit plus de 3 ans et demi après l'accident, par le Dr X._____, dont on rappellera qu'il n'est pas un spécialiste en psychiatrie. Enfin, l'existence du critère relatif à l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré pour reprendre une activité professionnelle ne peut être admise, le recourant ayant toujours pu assumer ses veilles auprès de son employeur.

c) Au vu de l'ensemble des éléments précités et du fait que l'accident doit être considéré comme étant à la limite inférieure des cas de gravité moyenne (TFA U 380/04 du 15 mars 2005 consid. 5, in RAMA 2005 no U 549 p. 236 consid. 5.1.2; TF 8C_633/2007 du 7 mai 2008 consid. 6.2 in fine et 8C_135/2011 du 21 septembre 2011 consid. 6.1.1 - selon

laquelle, en règle générale une collision ordinaire avec un véhicule à l'arrêt est considérée comme un accident de gravité moyenne voire à la limite du cas bénin -), il y a lieu de nier l'existence d'une relation de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé du recourant au-delà du 31 mai 2009, aucun des critères jurisprudentiels ne revêtant une importance particulière en l'occurrence. Il n'y a donc pas lieu d'accueillir le grief du recourant selon lequel l'intimée aurait dû mettre en œuvre un complément d'instruction sous la forme d'une expertise, les pièces du dossier se révélant suffisantes pour statuer en pleine connaissance de cause, sans que l'administration d'autres preuves ne s'impose, soit par appréciation anticipée des preuves (ATF 134 I 140 consid. 5.3 p. 148; 131 I 153 consid. 3 p. 157 ; 130 II 425 consid. 2 p. 428 ; voir aussi par TF 8C_361/2009 du 3 mars 2010 consid 3.2 et 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2).

6. Il découle de ce qui précède que le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

Le présent arrêt sera rendu sans frais (art. 61 let. a LPGA; art. 45 LPA-VD), ni allocation de dépens (art. 61 let. g LPGA et art. 55 LPA-VD).

**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 18 avril 2012 par la Caisse V._____ est confirmée.

- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires 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-Antoine Aubert (pour le recourant), avocat à Lausanne,
- Caisse V._____ (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 :