

200.2015.1096.LAA

APA/BEJ

Tribunal administratif du canton de Berne
Cour des affaires de langue française

Jugement du 15 juillet 2016

Droit des assurances sociales

B. Rolli, président
M. Moeckli et C. Tissot, juges
A. Aprile, greffière



A. _____
recourant

contre

SUVA Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
Fluhmattstrasse 1, case postale 4358, 6002 Lucerne
intimée

relatif à une décision sur opposition de cette dernière du 5 octobre 2015

En fait:

A.

Par déclaration de sinistre du 17 septembre 2014, l'employeur de A._____ a annoncé à l'assureur-accidents de son personnel, SUVA, Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, que son employé, engagé en tant que mécanicien en cycles à 100% depuis le 1^{er} août 2013, avait subi un accident de VTT le 14 septembre 2014. Une incapacité de travail à 100% a été attestée médicalement à partir de cette date. Les 8 octobre 2014 et 4 février 2015, la SUVA a indiqué qu'elle allouait des prestations d'assurance pour les suites de l'accident non professionnel précité. Par nouvelle déclaration de sinistre du 16 mars 2015, la SUVA a encore été informée d'une rechute de l'assuré.

B.

La SUVA a, par décision du 21 août 2015, communiqué à l'assuré qu'elle cesserait d'octroyer ses prestations au 31 août 2015, dès lors que les troubles encore ressentis par celui-ci n'étaient plus dus à l'accident du 14 septembre 2014. Le 17 septembre 2015, l'assuré a formé opposition contre la décision précitée, concluant implicitement à l'octroi de prestations au-delà du 31 août 2015. Par décision sur opposition du 5 octobre 2015, la SUVA a, retenant que lesdits troubles étaient de nature malade et non plus dans un lien de causalité avec l'évènement précité, rejeté l'opposition. Elle a également retiré l'effet suspensif à un éventuel recours.

C.

Par acte du 5 novembre 2015, l'assuré a recouru auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA) contre cette décision sur opposition du 5 octobre 2015. Par cet écrit, il a implicitement conclu à l'octroi de prestations au-delà du 31 août 2015.

Dans son mémoire de réponse du 10 février 2016, l'intimée a confirmé sa décision sur opposition et conclu au rejet du recours.

Le recourant n'a pas produit de réplique.

En droit:

1.

1.1 La décision sur opposition du 5 octobre 2015 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et confirme la décision de cessation des prestations au 31 août 2015, rendue par l'intimée en date du 21 août 2015. A noter que la décision attaquée, ne faisant que mentionner la syncope survenue le 16 février 2015, ne se prononce pas sur celle-ci, de sorte que cette question ne fait pas l'objet de la présente contestation. Il en découle qu'il n'appartient pas au TA de statuer sur l'éventuel lien de causalité entre la syncope survenue le 16 février 2015 et l'accident. Tout au plus, pourrait-on relever que l'existence d'un tel lien de causalité naturelle, à établir au degré de la vraisemblance prépondérante, apparaîtrait, au regard du dossier et de prime abord, douteuse (ATF 129 V 177 c. 3.1; SVR 2010 UV n° 30 c. 5.1). L'objet du litige, quant à lui, porte sur l'annulation de cette décision sur opposition et la poursuite du droit aux prestations au-delà du 31 août 2015. Est donc litigieuse en l'espèce la question du lien de causalité entre l'événement survenu le 14 septembre 2014 et les troubles constatés, autres que ladite syncope, dont souffre (encore) le recourant.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]) et art. 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

1.3 Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française du TA dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

1.4 Le TA examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

2.

2.1 En principe, les prestations de l'assurance-accidents obligatoire sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle (art. 6 al. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents [LAA, RS 832.20]). Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). L'assurance-accidents obligatoire n'alloue des prestations que s'il existe un lien de causalité à la fois naturelle et adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 177 c. 3.1 et 3.2; SVR 2012 UV n° 2 c. 3.1).

2.2 L'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet *ex nunc* et *pro futuro* à son obligation de prester, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale). Il peut liquider le cas en alléguant le fait qu'un événement assuré – selon une appréciation correcte de la situation – n'est jamais survenu. Il en va de même en ce qui concerne l'examen de la causalité adéquate entre l'accident assuré et l'atteinte à la santé. Là également, l'assureur-accidents, après avoir pris en charge le traitement médical et versé des indemnités journalières, peut nier la causalité adéquate entre l'accident assuré et l'atteinte à la santé et, sur cette base, mettre fin aux prestations avec effet *ex nunc*. Ce n'est qu'en cas de demande de restitution de prestations que les conditions d'une révocation doivent être observées (voir ATF 130 V 380 c. 2.3.1).

2.3 L'exigence d'un rapport de causalité adéquate entre l'accident assuré et l'atteinte à la santé qui s'en est suivie, en tant que condition du droit aux prestations de l'assurance-accidents, vise à limiter la responsabilité de cette dernière (ATF 129 V 177 c. 3.3, 125 V 456 c. 5c; SVR 2010 UV n° 30 c. 5.2). Selon la jurisprudence, un fait est la cause adéquate d'un résultat si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, ce fait était propre à entraîner un résultat du genre de celui qui s'est produit, la survenance de celui-ci paraissant ainsi de façon générale favorisée (ATF 129 V 177 c. 3.2, 125 V 456 c. 5a; SVR 2010 UV n° 30 c. 5.2).

2.3.1 En présence de séquelles organiques d'un accident objectivement établies, la causalité adéquate se recouvre en grande partie avec la causalité naturelle et n'a pratiquement pas de signification propre (ATF 140 V 356 c. 3.2). Sont objectifs les résultats d'examens qui sont reproductibles et ne dépendent ni de la personne de l'examineur, ni des indications du patient. On ne peut dès lors parler de séquelles organiques d'un accident objectivement établies que si les résultats d'examens ont été confirmés par des appareils diagnostiques, en particulier radiographiques ou d'imagerie médicale, selon des méthodes d'examen reconnues par la science médicale (ATF 138 V 248 c. 5.1).

2.3.2 En cas de symptômes non objectivables du point de vue organique, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement. En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 140 V 356 c. 3.2, 115 V 133 c. 6c/aa), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un traumatisme cranio-cérébral, on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (ATF 134 V 109 c. 2.1; SVR 2012 UV n° 2 c. 3.1). La distinction suivante s'impose à cet égard: il faut déterminer tout d'abord si la personne assurée a subi lors de l'accident un traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale, un traumatisme analogue à un "coup du

lapin" (SVR 1997 UV n° 95 c. 2a, 1995 UV n° 23 c. 2) ou un traumatisme cranio-cérébral (ATF 117 V 369 c. 4b; SVR 2001 UV n° 1 c. 3), celui-ci devant toutefois revêtir au moins la gravité d'une contusion cérébrale, une commotion cérébrale n'étant à cet égard pas suffisante (SVR 2008 UV n° 35 p. 133 c. 4; TF 8C_270/2011 du 26 juillet 2011 c. 2.1). En l'absence de l'une des lésions évoquées ci-dessus, la jurisprudence précitée de l'ATF 115 V 133 relative aux accidents avec des séquelles psychiques trouve application.

2.3.3 En cas de troubles psychiques consécutifs à un accident, l'admission d'un lien de causalité adéquate suppose en principe que l'événement traumatique présente une importance déterminante dans l'apparition d'une incapacité de gain d'origine psychique. Tel est le cas s'il présente objectivement une certaine gravité ou, en d'autres termes, s'il entre sérieusement en ligne de compte. Pour trancher cette question, il y a lieu, selon l'ATF 115 V 133 c. 6, de se fonder sur l'accident objectivement établi, en fonction de son déroulement et des forces développées à cette occasion (SVR 2013 UV n° 3 c. 5.2); sur cette base, les accidents peuvent être classés en trois catégories: les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents graves et, entre les deux, les accidents de gravité moyenne (ATF 129 V 177 c. 4.1). Les blessures subies peuvent permettre de tirer des conclusions quant aux forces qui se sont développées lors de la survenance de l'accident (SVR 2011 UV n° 10 c. 4.2.2). En fonction de la gravité de l'accident, des critères supplémentaires sont, au cas par cas, à prendre en compte. Ces critères sont examinés en excluant tout aspect psychique (ATF 140 V 356 c. 5.1).

Lorsque l'accident est banal et insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné légèrement la tête ou s'est tordu le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute ou d'une glissade banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et des troubles psychiques peut être, en règle générale (cf. cependant ATF 140 V 356 c. 5.3), d'emblée niée. Selon l'expérience générale de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi, qu'un tel accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer

une atteinte importante à la santé psychique (ATF 129 V 177 c. 4.1, 115 V 133 c. 6a).

Dans le cas d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer que le lien de causalité adéquate entre cet événement et l'incapacité de gain d'origine psychique est donné. D'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, un accident grave est propre, en effet, à entraîner une atteinte à la santé psychique invalidante (ATF 129 V 177 c. 4.1, 115 V 133 c. 6b).

Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident de gravité moyenne et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique, l'événement accidentel lui-même n'est pas seul déterminant. Le Tribunal fédéral (TF) a précisé qu'il convenait bien plus de prendre en considération, dans une appréciation globale, d'autres circonstances objectivement établies qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. Les critères les plus importants établis par le TF sont les suivants (ATF 129 V 177 c. 4.1, 115 V 133 c. 6c/aa):

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident;
- la gravité ou la nature particulière des lésions (physiques), en particulier leur aptitude à engendrer, selon l'expérience, des conséquences psychiques;
- la durée anormalement longue du traitement médical;
- les douleurs physiques persistantes;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions subies.

Il n'est toutefois pas nécessaire que soient réunis dans chaque cas tous ces critères objectifs à la fois. Suivant les circonstances, un seul d'entre eux peut être suffisant pour faire admettre le lien de causalité adéquate entre l'accident et une incapacité de travail (ou de gain) d'origine

psychique. Il en est ainsi lorsque l'accident considéré apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire ou même que l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. En présence d'un accident de gravité moyenne ou d'un accident se trouvant à la limite de la catégorie des accidents de peu de gravité, le lien de causalité entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain d'ordre psychique ne peut être admis que si, soit un seul critère est réalisé de manière particulièrement importante, soit si ces critères sont réalisés de manière cumulée et évidente (RAMA 2005 p. 228 c. 3.2.3). En présence d'un accident faisant partie de la catégorie intermédiaire, si aucun critère n'est réalisé de manière particulièrement importante, trois d'entre eux doivent être remplis pour admettre un caractère adéquatement causal (SVR 2012 UV n° 2 c. 3.5). S'agissant d'un accident de gravité moyenne à la limite de la catégorie des accidents légers, la présence de quatre critères est requise à cet effet (SVR 2010 UV n° 25 c. 4.5). L'appréciation de l'accident à la lumière de ces critères et de son déroulement objectif aboutit à l'admission ou au rejet d'un lien de causalité adéquate (ATF 117 V 359 c. 6a, 115 V 133 c. 6c/bb; cf. RAMA 1997 p. 167 c. 4b).

2.4 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 125 V 351 c. 3a; SVR 2015 IV n° 28 c. 4.1).

La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou

expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 137 V 210 c. 6.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

Les expertises recueillies par la SUVA ou d'autres assureurs en procédure administrative auprès de médecins spécialistes externes, réalisées sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, en pleine connaissance du dossier et qui aboutissent à des résultats convaincants, revêtent une pleine valeur probante, tant qu'il n'existe pas d'indices concrets contre leur fiabilité (ATF 125 V 351 c. 3b/bb; SVR 2009 IV n° 50 c. 4.3).

3.

En l'espèce, la SUVA ne remet pas en doute que le recourant est bel et bien tombé en VTT le 14 septembre 2014 et que cette chute représente un accident. Elle estime cependant, en s'appuyant sur l'avis de son médecin d'arrondissement, ainsi que sur le rapport (du 8 avril 2015) d'un spécialiste en neurologie et d'un spécialiste en neuropsychologie, que les troubles ressentis par le recourant ne peuvent être expliqués par une atteinte d'origine organique et ne sont pas (plus) en lien de causalité adéquate avec l'événement du 14 septembre 2014, qualifié de gravité moyenne, à la limite des cas de peu de gravité. Le recourant conteste l'appréciation ainsi faite. En se fondant sur un rapport ultérieur de ce même neurologue (du 2 octobre 2015), il affirme que les symptômes ressentis, à l'origine de son incapacité de travail, sont, encore au-delà du 31 août 2015, la conséquence de l'événement survenu le 14 septembre 2014.

3.1 Pour nier la présence chez l'assuré de séquelles accidentelles organiques permettant d'expliquer ses troubles, la SUVA s'est appuyée sur l'appréciation médicale de son médecin d'arrondissement, spécialiste en médecine intensive et médecine interne, rédigée le 5 août 2015 (dossier [dos.] SUVA 77), ainsi que sur le rapport du 8 avril 2015 rédigé conjointement par un spécialiste en neurologie et un spécialiste en neuropsychologie (dos. SUVA 55).

Dans ce dernier écrit, le neurologue et le neuropsychologue ont notamment posé les diagnostics de troubles légers à modérés des fonctions cérébrales (récupération de la mémoire, l'attention et les fonctions exécutives) dans le cadre probable de troubles de l'adaptation après chute à vélo avec un léger traumatisme crânio-cérébral (F43 selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10], de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]), d'un syndrome post-traumatique après traumatisme crânien en septembre 2014 avec céphalées quotidiennes, état de fatigue important, sensation d'être ailleurs et nervosité. Concernant particulièrement l'origine des troubles précités, ces mêmes médecins sont d'avis que leur étiologie n'est pas à rechercher en premier lieu dans un dommage cérébral, mais dans l'existence d'un trouble de l'adaptation lui-même déclenché en réaction à l'accident de VTT (en tant que facteur de stress), compte tenu de facteurs rattachables à la personne du recourant, tels que des changements dans sa propre vie, des activités quotidiennes et probablement également des comportements d'évitement.

Quant au médecin d'arrondissement, il a, dans son appréciation médicale citée ci-avant, notamment retenu que le recourant avait subi, suite à l'événement du 14 septembre 2014, un traumatisme crânio-cérébral simple. En se fondant sur le rapport précité (émis par le neurologue et le neuropsychologue), ainsi que sur les résultats de l'IRM cérébrale du 20 février 2015 (dos. SUVA 62 p. 13-14) et sur ceux du CT-scan cérébro-cervical du 14 septembre 2014 (dos. SUVA 70), il a estimé que la chute à VTT n'avait occasionné aucune atteinte organique permettant d'expliquer les troubles persistants et mal définis, tels que notamment ceux de type céphalées, état de fatigue important, sensation d'être ailleurs, nervosité et troubles de la concentration. Par ailleurs, selon ce même spécialiste, il est probable, compte tenu du rapport du 11 décembre 2014 de la généraliste traitante (dos. SUVA 26) et des déclarations du recourant figurant dans une notice d'entretien du 30 juin 2015 avec l'intimée (dos. SUVA 63), que des facteurs non-médicaux de caractère socio-professionnel contribuent au tableau clinique présenté.

3.2 Le TA ne voit pas de raison de s'écarter de l'appréciation effectuée par le médecin d'arrondissement le 5 août 2015 et de celle établie, suite à l'examen neuropsychologique du recourant, conjointement par le neurologue et le neuropsychologue le 8 avril 2015.

3.2.1 D'un point de vue formel tout d'abord, le médecin d'arrondissement a examiné l'ensemble des rapports médicaux au dossier, dont notamment, et en plus de ceux déjà énumérés ci-dessus, la lettre de sortie du 26 septembre 2014 faisant suite à une surveillance clinique post-accident (dos. SUVA 46), la lettre du 23 juin 2015 de la généraliste traitante (dos. SUVA 26, 62 p.1), la lettre de sortie du 18 février 2015 après le séjour en hôpital en raison d'une syncope survenue deux jours plus tôt (dos. SUVA 58 p. 3-6), mais également dans le prolongement de cette hospitalisation le rapport du neurologue daté lui aussi du 18 février 2015 (dos. SUVA 51) ou encore les deux avis du spécialiste en cardiologie figurant pour l'un dans un courrier du 16 mars 2015, adressé à un autre généraliste (avant d'être transmis en copie à la généraliste traitante), et pour l'autre dans son rapport médical intermédiaire du 30 mars 2015 (dos. SUVA 52). Les conclusions prises par le médecin d'arrondissement s'avèrent claires, documentées et motivées. En outre, son appréciation médicale est dépourvue de contradictions et aboutit à des résultats concluants. Le fait qu'il ne prenne pas en considération la lettre du 24 avril 2015 rédigée par le cardiologue, à l'attention de la généraliste traitante (dos. SUVA 62 p. 9-10), ne saurait remettre formellement en cause cet avis. En effet, le contenu dudit courrier figure, par ailleurs de manière plus détaillée, dans celui du 16 mars 2015, dont le contenu est, lui, repris par le médecin d'arrondissement. S'il est vrai qu'il n'est pas certain que le neurologue et le neuropsychologue à la base de l'écrit du 8 avril 2015 aient examiné les résultats du CT-scan cérébro-cervical du 14 septembre 2014, le médecin d'arrondissement a, de son côté, analysé ceux-ci pour aboutir à la même conclusion que ces spécialistes quant à l'origine des troubles ressentis par le recourant. En outre, les conclusions de ces derniers médecins se basent sur des observations et des examens approfondis, comprenant également la soumission du recourant à un test psychologique. De plus, ils ont retranscrit et pris en considération les plaintes de l'assuré. Par ailleurs, le neurologue avait déjà eu l'occasion d'examiner le recourant peu de temps

auparavant, à savoir le 17 février 2015, suite au séjour hospitalier de celui-ci en raison de la survenance d'une syncope. Dès lors, c'est avec une connaissance suffisante du dossier et sur la base de leurs constatations médicales précises que ces deux spécialistes émettent leur avis, du reste non contesté par le recourant, qui aboutit, lui aussi, à des résultats convaincants. Au vu de ce qui précède et faute d'indices contre leur fiabilité, il convient de conférer aux avis médicaux précités une entière valeur probante.

3.2.2 En l'espèce, le médecin d'arrondissement, pour conclure à l'absence d'atteinte organique consécutive à l'accident, se base, outre l'avis du neurologue et du neuropsychologue, selon lequel l'étiologie des troubles ressentis par le recourant n'est pas à rechercher en premier lieu dans un dommage de type cérébral, également sur les résultats du CT-scan cérébro-cervical du 14 septembre 2014 et de l'IRM cérébrale du 20 février 2015. Selon ledit médecin d'arrondissement, les résultats de ces deux examens ne mettent en évidence aucune lésion structurelle cérébrale ou cervicale. Cet avis est en tout point cohérent avec les documents médicaux au dossier. En effet, le rapport du 16 septembre 2014 du CT-scan cérébro-cervical notamment, réalisé à l'hôpital suite à la chute à VTT, met en évidence l'absence de fracture et un parenchyme cérébral normal (dos. SUVA 70), ce qui est par ailleurs confirmé par l'appréciation du médecin qui a pris en charge le cas du recourant, puisqu'il exclut une lésion osseuse traumatique à l'étage cérébral ou cervical (dos. SUVA 46). Le cardiologue, quant à lui, définit le bilan neurologique avec IRM et EEG (électro-encéphalogramme) d'anamnesticquement sans anomalie. Les seuls constats objectifs mis à jour par les différents examens auxquels le recourant s'est soumis consistent en un banal kyste arachnoïdien temporal antérieur droit, un banal pseudo-polype infra-centimétrique dans le sinus maxillaire de chaque côté, un faible hypersignal en T2 frontal à droite et une formation kystique de LCR au niveau temporal à droite, dont on ne sait toutefois pas s'ils étaient présents déjà avant l'accident. A ce propos néanmoins, il convient de relever qu'aucun rapport médical au dossier n'explique les troubles encore vécus par le recourant par la présence de ces facteurs organiques. Compte tenu des éléments qui précèdent, les avis médicaux sur lesquels se base la SUVA pour rendre la décision ici

contestée s'avèrent convaincants, également d'un point de vue matériel. La lettre du neurologue du 2 octobre 2015, adressée à la généraliste traitante et annexée au recours, ne saurait remettre en cause ce qui précède. Au contraire, ce dernier spécialiste confirme, en mentionnant une nouvelle IRM effectuée en septembre 2015, l'absence d'éléments en faveur d'une atteinte organique touchant le système nerveux central ou périphérique du recourant.

3.3 De l'ensemble de ce qui précède, il ressort que l'intimée a, à raison, considéré que le recourant ne présente pas de lésions accidentelles organiques permettant d'expliquer ses troubles. Dans la mesure où le traumatisme crânio-cérébral n'a engendré aucune lésion structurelle cérébrale et n'a ainsi pas atteint le stade d'une contusion cérébrale (seule une commotion cérébrale pouvant au plus être retenue), elle a également, à juste titre, fait application de la jurisprudence relative aux accidents avec séquelles psychiques (ATF 115 V 133). Par ailleurs, forte de ce constat, elle pouvait laisser ouverte la question de l'existence d'un lien de causalité naturelle dans la mesure où le lien de causalité adéquate pouvait être nié, ce qu'il convient d'examiner.

4.

En application de la jurisprudence du TF, il convient de qualifier objectivement la gravité de l'accident (c. 2.3.3 ci-dessus).

4.1 Il ne ressort pas de manière certaine du dossier, si ce n'est des déclarations du recourant, que les personnes qui l'accompagnaient aient effectivement vu sa chute et les suites de celle-ci. Il est néanmoins incontesté que le recourant a chuté de son VTT en passant par-dessus celui-ci, qu'il s'est réceptionné sur la tête (avec port de casque et combinaison intégrale) et qu'il a perdu connaissance pendant environ 45 secondes, avec amnésie circonstancielle, toutefois sans nausée ou vomissement. L'assuré est ensuite redescendu à vélo depuis son point de chute jusqu'à son véhicule. Un ami l'a alors conduit en voiture à l'hôpital. D'un point de vue objectif, à savoir compte tenu du déroulement décrit ci-avant et des blessures qu'il a provoquées, l'on doit suivre l'intimée

lorsqu'elle retient que la chute à VTT constitue un accident de gravité moyenne, mais à la limite de la catégorie des accidents légers, ce qui correspond à la jurisprudence du TF (pour une casuistique, voir notamment le Commentaire *Bundesgesetz über die Unfallversicherung*, RUMO-JUNGO/HOLZER [éd.], 4^{ème} éd., 2012, ad. art. 6 et TF 8C_768/2008 du 3 juin 2009 c. 4.1). On peut en effet constater que le recourant n'a, d'une part, subi aucune lésion physique ou fracture lors de cet accident et, d'autre part, que celui-ci s'est déroulé sans collision, si ce n'est avec le sol. Bien que le recourant ait chuté par-dessus le guidon de son vélo, apparemment après la réception d'un saut, ces éléments tendent clairement à démontrer que les forces en question ne permettent pas de le ranger dans la catégorie des accidents les plus graves, ni même intermédiaires de la catégorie moyenne.

4.2 Aucun des critères applicables en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident n'est réalisé en l'espèce (voir ci-dessus c. 2.3.3). En effet, rien au dossier ne tend à démontrer l'existence de circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident, ce que n'allègue d'ailleurs pas le recourant. De même, aucune lésion physique grave n'a pu être objectivée, en particulier sur le plan cervical/crânien. Le critère de la durée anormalement longue du traitement médical des atteintes (physiques) ne peut dès lors être réalisé pas plus que ceux de douleurs physiques persistantes ou d'une longue incapacité de travail due à des atteintes physiques. Enfin, aucune erreur dans le traitement et aucune difficulté particulière dans le processus de guérison ne ressortent du dossier.

4.3 Eu égard à ce qui précède, c'est ainsi à raison que l'intimée a nié l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident du 14 septembre 2014 et les troubles encore vécus par le recourant, si bien qu'il n'est pas nécessaire d'examiner la question de la causalité naturelle (ATF 135 V 465 c. 5.1; SVR 2014 UV n° 25 c. 4). Dès lors, l'intimée était légitimée à mettre fin au versement de ses prestations d'assurance au 31 août 2015, les atteintes de l'assuré ne relevant plus après cette date dudit accident.

5.

5.1 En vertu de ce qui précède, le recours doit être rejeté.

5.2 Il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 61 let. a LPGA).

5.3 Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, ni au recourant qui n'obtient pas gain de cause, ni à l'intimée; l'octroi de dépens à un assureur pratiquant l'assurance-accidents obligatoire rendrait le principe de la gratuité illusoire (art. 61 let. a et g LPGA; ATF 127 V 205 c. 3a, 126 V 143 c. 4a; RAMA 1990 p. 195).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. Il n'est pas perçu de frais de procédure, ni alloué de dépens.
3. Le présent jugement est notifié (R):
 - au recourant,
 - à l'intimée,
 - à [...]
 - à l'Office fédéral de la santé publique.

Le président:
e.r.: C. Meyrat Neuhaus, Juge

La greffière:
e.r.: P. Annen-Etique

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification écrite de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).