

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1131/2013

ATAS/1124/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 19 novembre 2013

1^{ère} Chambre

En la cause

Monsieur A _____, domicilié à VERNIER, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître PETITAT Pierre-Bernard

recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUZERN, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître ELSIG Didier

intimée

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Norbert HECK,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____, né en 1961, exerçant la profession de chauffeur poids lourd, est assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (SUVA). Il a été victime d'une chute à moto le 9 octobre 2009. Le diagnostic de contusion à l'épaule droite a alors été posé. Le cas a été pris en charge par la SUVA.

L'assuré a repris son travail le 14 octobre 2009.

2. Dans un rapport du 17 novembre 2009, la Doctoresse L_____, généraliste et médecin traitant, a dit suspecter une lésion de la coiffe des rotateurs.
3. L'assuré a interrompu son travail dès le 4 février 2010, date à compter de laquelle il a présenté une incapacité totale de travail en raison de douleurs de plus en plus fortes.
4. Une imagerie par résonance magnétique (IRM), réalisée le 26 février 2010, a mis en évidence une arthrose acromio-claviculaire, une atteinte de type kystique, des lésions du bourrelet glénoïdien et de la grande tubérosité avec une lésion de Bankart et une tuméfaction du sous-scapulaire, sans signe de rupture.
5. Le Dr M_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, auquel s'est adressée la Dresse L_____, a constaté le 23 mars 2010 que les mobilités étaient légèrement limitées avec élévation à 160°, abduction à 130°, rotation externe à 30°, rotation interne L5. Le testing de la coiffe est possible. La force est tenue, mais les douleurs sont importantes dans tout le territoire testé. Signe de conflit sous-acromial. Pas de crépitations. Acromio-claviculaire indolore. Pas d'instabilité. Nuque relativement tendue au niveau du trapèze. Le bilan par IRM montre une atteinte de type contusion au niveau musculaire avec peut-être une cicatrice de luxation antérieure. Il y a de toute évidence une irritation et une synovite qui rend les mouvements douloureux.
6. Le Dr N_____, médecin d'arrondissement remplaçant de la SUVA, a examiné l'assuré le 25 mai 2010. Il constate une épaule douloureuse à la palpation antérieure qui présente une diminution de la mobilité sans que l'on puisse toutefois parler de capsulite rétractile. Au vu de la lenteur de la récupération et si le Dr M_____ qui doit le revoir prochainement n'a pas de nouvelle proposition thérapeutique, le médecin envisage un séjour à la Clinique romande de réadaptation (CRR), étant indiqué que malgré les douleurs, l'assuré se sent capable de reprendre une activité de chauffeur, pour autant qu'il n'ait pas à accomplir d'autres tâches que la conduite d'un véhicule.

7. Le séjour à la CRR s'est déroulé du 7 septembre au 6 octobre 2010. Il résulte du rapport établi le 26 octobre 2010 par le Dr O_____, spécialiste FMH en rhumatologie, qu'il

« existe probablement un doute sur une lésion de la partie haute du sous-scapulaire, un ostéophyte de la gouttière du long biceps et des lésions d'allure dégénérative de la glène, avec quelques kystes et un bourrelet supérieur dont on ne peut dire avec certitude qu'il est désinséré ou qu'il n'est pas inséré de façon normale. La physiothérapie et une infiltration intra-articulaire n'ont pas entraîné d'amélioration. Nous sommes actuellement dans une impasse thérapeutique. D'après notre consultant orthopédiste de l'épaule, une arthroscopie à titre diagnostique plus ou moins thérapeutique pourrait être proposée, proposition qui a déjà été faite une fois dans un courrier par le Dr M_____, que le patient reverra le 27 octobre 2010. (...) il n'y a a priori pas de facteur de mauvais pronostic chez ce patient bien inséré, en dehors d'un parcours professionnel un peu chaotique avec de nombreuses périodes de chômage et environ huit cas annoncés à l'assurance-accident entre 2001 et 2010, avec des périodes d'incapacité de travail variables ».

Le Dr O_____ a retenu à titre de diagnostic principal des thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs persistantes de l'épaule droite, et à titre de diagnostics supplémentaires :

- « le 9 octobre 2009 : AVP (moto) avec multiples contusions (épaule et hanche droites)
 - lésion probable de la partie haute du muscle sous-scapulaire à droite, arthrose acromio-claviculaire, tendinopathie de la longue portion du biceps, lésions kystiques d'allure dégénérative de la glène selon l'arthro-IRM du 26 février 2010
 - le 22 septembre 2010 : infiltration de l'articulation gléno-humérale droite
 - cervicarthrose étagée
 - lombalgie chronique
 - gastralgie
 - antécédent de cure de tunnel carpien à droite »
8. Le Dr M_____ a pratiqué le 19 janvier 2011 une arthroscopie avec réparation du bourrelet et de la capsule.
9. Le 2 décembre 2011, le Dr P_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a constaté que depuis l'arthroscopie, les suites étaient difficiles, surtout par la douleur présente tout le temps, selon les déclarations de l'assuré, et peu améliorée par les antalgiques. La mobilité de l'épaule droite est limitée pour les mouvements en rotation et pour

soulever le coude au-dessus de l'horizontal. L'évolution est défavorable avec une persistance de la douleur et une limitation fonctionnelle modérée, malgré une prise en charge adaptée en réadaptation fonctionnelle et une chirurgie en janvier 2011. Un nouveau séjour à la CRR est prévu, afin de permettre une évaluation professionnelle en vue de la liquidation du cas. Le médecin a ajouté que des démarches auprès de l'AI étaient en cours.

10. Un rapport a été établi par le Dr Q_____, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation, le 17 janvier 2012, à l'issue du séjour de l'assuré à la CRR du 13 décembre 2011 au 13 janvier 2012. Il a été constaté quelques incohérences et discordances entre les plaintes et l'examen clinique, le patient présentant une tendance à s'autolimiter. Les amplitudes articulaires sont limitées en actif, presque complètes en passif. Les douleurs sont difficiles à localiser à la palpation, si ce n'est un point douloureux au niveau acromio-claviculaire droit bien reproductible. Les tests de conflit sous-acromial et de la coiffe des rotateurs réveillent des douleurs. En résumé, l'évolution reste défavorable chez un patient qui présente une symptomatologie douloureuse persistante avec une limitation fonctionnelle du membre supérieur droit, malgré la prise en charge physiothérapeutique intensive, et le geste chirurgical réalisé en janvier 2011. La pathologie actuelle de l'épaule droite (tendinopathie et probable déchirure interstitielle du tendon du supra épineux, tendinopathie du long chef du biceps, lésion du bourrelet glénoïdien) explique en partie la symptomatologie, étant donné que l'examen clinique est plutôt rassurant avec absence d'amyotrophie et des signes de souffrance majeure de la coiffe des rotateurs. Les facteurs contextuels jouent un rôle quant à la persistance des limitations fonctionnelles du membre supérieur droit et seront probablement un obstacle à la réinsertion professionnelle du patient. La reprise de l'activité professionnelle de chauffeur poids-lourd semble peu envisageable. Cependant, dans une activité adaptée qui ne demande pas de port de charges de plus de 15 kilos et de travaux au-dessus du plan horizontal des épaules, la capacité de travail pourrait être rapidement complète. Pour l'instant, elle reste nulle jusqu'à la prochaine consultation chez le Dr M_____.

Il est par ailleurs noté que le consilium psychiatrique, daté du 19 décembre 2011, ne retient pas de diagnostic de psychopathologie décompensée, mais observe un patient qui déclare une baisse de moral, sans franche répercussion dans les activités de la vie quotidienne et se situant surtout dans le cadre clairement identifié par lui d'absence de perspectives et d'une incertitude liée à son avenir professionnel. De l'évaluation faite dans le cadre des ateliers professionnels de la CRR, datée du 11 janvier 2012, il appert que la volonté de donner le maximum aux différents tests est considérée comme réelle et les niveaux de cohérence pendant l'évaluation comme élevés. Les observations au cours de l'évaluation sont des mouvements de compensation et une décharge de la région douloureuse.

11. Dans un rapport du 12 janvier 2012, le Dr R_____, médecin consultant de la CRR et spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a rapporté qu'il n'y avait aucune amélioration du point de vue des douleurs, qu'au repos l'épaule ne gênait pas trop, que par contre à la moindre sollicitation, les douleurs réapparaissaient. Il indique que sur l'IRM effectuée pendant le séjour à la CRR, on note une évolution vers une tendinopathie du tendon du sus épineux. Selon lui, un nouveau geste chirurgical risque d'être de peu d'effet vu la longueur de l'évolution de cette épaule. Dans ce contexte, il recommande plutôt de poursuivre une physiothérapie dans l'idée de renforcer les abaisseurs de l'épaule et des exercices de décoaptation de la tête humérale. Il considère qu'une reprise d'une activité lourde comme chauffeur-livreur risque d'être impossible. Un travail adapté, ne nécessitant pas l'utilisation du membre supérieur droit en élévation par contre, devrait être recommandé. S'agissant de l'image du biceps qu'il considère comme étant suspecte, il invite le patient à reprendre contact avec le Dr M_____.

12. Le Dr P_____ a pratiqué l'examen final le 21 novembre 2012.

Il relève préalablement quelques imprécisions dans la synthèse faite lors de son examen précédent du 2 décembre 2011, en ce sens qu'il avait évoqué une rupture de la coiffe des rotateurs, alors qu'en réalité, il s'agit d'une épaule douloureuse et instable à droite. Il rappelle que lors de l'arthroscopie de janvier 2011, le Dr M_____ avait constaté la normalité de la coiffe des rotateurs, ainsi que du biceps. Le seul élément pathologique était une déchirure du bourrelet avec une désinsertion partielle pour laquelle une chirurgie de reconstruction du bourrelet avait été effectuée.

Il rappelle que les suites de l'intervention chirurgicale effectuée en janvier 2011 sont défavorables avec une persistance de la douleur et limitation fonctionnelle.

Le Dr P_____ considère que la situation actuelle est entièrement stabilisée. Il partage l'avis du Dr M_____ s'agissant des thérapeutiques à venir, et ne propose pour l'instant pas d'intervention chirurgicale. La symptomatologie actuelle de limitation fonctionnelle peut être mise en rapport avec la tendinopathie dégénérative constatée par IRM et qui n'est pas en lien de causalité avec l'accident. Il considère qu'après la chirurgie proposée et réalisée par le Dr M_____ en janvier 2011, rien ne s'opposait théoriquement à un retour à l'activité préalable de chauffeur poids-lourd après une année d'évolution post chirurgie, en l'absence de tendinopathie. L'apparition de la symptomatologie de tendinopathie et de la coiffe des rotateurs droite rend cette reprise de travail difficile. Le lien de causalité entre le traumatisme et la tendinopathie n'est pas à retenir selon la vraisemblance prépondérante.

Le Dr P_____ propose dès lors la clôture du cas.

13. Par décision du 13 décembre 2012, la SUVA a informé l'assuré qu'elle mettait fin au versement des prestations d'assurance à compter du 31 janvier 2013, les troubles dont il souffrait encore n'étant plus dus à l'accident.
14. L'assuré, représenté par l'Association suisse des assurés (ASSUAS), a formé opposition le 28 janvier 2013.

Il produit :

- un courrier du 22 janvier 2013 de la Dresse L_____ : celle-ci confirme les diagnostics posés par le Dr P_____ de la SUVA, mais pense que l'accident a déstabilisé une atteinte dégénérative de cette articulation qui était, avant l'accident, mobile et indolore, de sorte que l'évolution clinique parle en faveur d'une complication de cet accident, et non d'une nouvelle maladie,

- ainsi qu'un courrier du Dr M_____ du 24 janvier 2013, selon lequel « on peut prétendre que cette raideur pourrait faire suite à l'opération. Il arrive parfois qu'une épaule gelée puisse se développer après une cure chirurgicale d'instabilité. Je ne retrouve pas sur le rapport de l'arthro-IRM du 27 décembre 2011, une description parlant en faveur d'une épaule gelée, mais je n'ai pas eu l'occasion d'examiner autre chose que le rapport écrit. Si cet examen devait démontrer une épaule gelée, on pourrait prétendre que les suites de l'accident et de l'intervention ont pu en être la cause. Si cela n'est pas le cas, il n'y aurait alors aucune raison de le penser. Par ailleurs, si l'on compare l'IRM du 26 février 2010 avec la description de l'IRM du 27 décembre 2011, on s'aperçoit qu'au niveau du sus épineux en 2010, il n'y avait aucune lésion, alors qu'une lésion est décrite du côté gauche, ce qui est un argument que peut utiliser le médecin conseil pour suspecter l'origine dégénérative des plaintes actuelles. Cette lésion en effet n'a certainement pas été occasionnée par l'accident, puisque les deux IRM montrent que cette dernière est apparue entre le 26 février 2010 et le 27 décembre 2011, soit après l'accident ».

A la question de savoir si les troubles de l'épaule droite présentés par l'assuré sont ou non liés avec l'accident du 9 octobre 2009, le Dr M_____ répond qu'il ne peut y avoir de réponse claire, dans la mesure où une épaule gelée peut venir compliquer une stabilisation chirurgicale de l'épaule, mais une pathologie dégénérative comme on en trouve régulièrement chez les patients de l'âge de l'assuré peut également en être la cause. En conclusion, le Dr M_____ considère qu'il ne peut affirmer que les troubles actuels que présente ce patient soient uniquement occasionnés par le traumatisme initial.

15. Par décision du 21 février 2013, la SUVA a rejeté l'opposition. Elle rappelle que lors de l'arthroscopie pratiquée le 19 janvier 2011, le Dr M_____ avait constaté la normalité de la coiffe des rotateurs et du biceps, et que le seul élément pathologique était une déchirure du bourrelet avec une désinsertion partielle pour laquelle une chirurgie de reconstruction avait été réalisée. En revanche, le 9 janvier

2012, le Dr R_____ avait noté une évolution vers une tendinopathie du sus épineux et un élargissement très important du tendon du long chef du biceps dans son trajet intra-articulaire, sur la base des résultats de l'arthro-IRM du 27 décembre 2011. C'est la raison pour laquelle le Dr P_____ a estimé que la symptomatologie actuelle de limitation fonctionnelle peut être mise en rapport avec cette tendinopathie dégénérative, laquelle n'est pas en lien de causalité avec l'accident. La SUVA relève à cet égard que le Dr P_____ a toutefois proposé de prononcer le statu quo sine dans un délai de 24 mois à compter de l'arthroscopie du 19 janvier 2011 seulement.

La SUVA relève que le Dr M_____ a lui-même reconnu que la lésion du sus épineux n'était visible qu'à l'IRM du 27 décembre 2011. Il n'a ainsi pu conclure que les troubles affectant son patient sont uniquement occasionnés par l'accident.

Tenant compte de surcroît du fait qu'un raisonnement fondé sur la maxime « post hoc, ergo propter hoc » ne permet pas d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante exigée en matière d'assurances sociales et ne constitue pas un moyen de preuve, la SUVA considère qu'elle en droit de refuser le versement de ses prestations au-delà du 31 janvier 2013.

16. L'assuré, représenté par Me Pierre-Bernard PETITAT, a interjeté recours le 8 avril 2013 contre ladite décision sur opposition. Se référant aux rapports des Drs L_____ et M_____ des 22 et 24 janvier 2013 respectivement, l'assuré considère que le lien de causalité entre l'accident survenu en octobre 2009 et son état de santé actuel existe manifestement tant sur le plan de la causalité naturelle que sur celui de la causalité adéquate. Il conclut dès lors à l'annulation de la décision rendue par la SUVA le 21 février 2013 mettant fin au versement des prestations de l'assurance-accidents au 31 janvier 2013, à la condamnation de la SUVA au paiement de ses prestations au-delà du 31 janvier 2013, d'une rente d'invalidité à compter du mois de février 2013 et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité à un taux de 15%.
17. Dans son mémoire de réponse du 30 mai 2013, la SUVA, représentée par Me Didier ELSIG, a conclu au rejet du recours.

Tant la Dresse L_____ le 22 janvier 2013 que le Dr M_____ le 24 janvier 2013 confirment l'exactitude des diagnostics posés par le Dr P_____, ainsi que les « affirmations et conclusions » du Dr P_____.

La Dresse L_____ émet uniquement l'hypothèse que le sinistre aurait pu « déstabiliser une atteinte dégénérative de cette articulation qui était, avant l'accident, mobile et indolore ». Le Dr M_____ n'a lui non plus pas formellement écarté qu'une maladie dégénérative puisse être la cause des maux de l'assuré. Il a du reste précisé qu'il lui était impossible d'affirmer que les troubles de son patient sont uniquement occasionnés par le traumatisme initial. Dès lors, les

avis de ces médecins sont parfaitement superposables à celui du Dr P_____. Enfin, le Dr M_____ a reconnu que la lésion du sus épineux n'était visible qu'à l'IRM du 27 décembre 2011, ce qui implique qu'elle n'a pas pu être causée par l'accident du 9 octobre 2009. Le recourant tient essentiellement un raisonnement fondé sur le principe « post hoc, ergo propter hoc » (ATF 119 V 341 consid. 2b/bb).

La SUVA considère qu'elle était en droit de refuser le versement de ses prestations d'assurance au-delà du 31 janvier 2013. Partant, il n'y a pas lieu d'examiner la question des droits à une rente et à une IPAI. Les plaintes du recourant semblent en réalité trouver leurs origines davantage dans des motifs socio-économiques que médicaux.

18. Par courrier du 23 juillet 2013, l'assuré a informé la Cour de céans que l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE le soumettait à une mesure d'orientation professionnelle du 1^{er} juillet au 20 octobre 2013, afin de déterminer sa capacité et sa disposition pour l'exercice d'une activité professionnelle compatible avec son atteinte à la santé.
19. Ce courrier a été transmis à la SUVA pour information et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).
3. Le litige porte sur le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 31 janvier 2013, et en particulier sur le lien de causalité entre les troubles qu'il présente actuellement et l'événement accidentel survenu le 9 octobre 2009.
4. L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA). Par accident, on entend 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; ATF 129 V 402 consid. 2.1, 122 V 230 consid. 1 et les références).

Conformément à l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à cette indemnité naît le troisième jour qui suit l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). Il s'éteint également si l'incapacité de travail subsiste, mais qu'elle n'est plus en relation de causalité avec une atteinte à la santé d'origine accidentelle (ATFA non publié U 193/03 du 8 octobre 2004, consid. 3). Le droit à l'indemnité suppose, cumulativement, l'existence d'un lien de causalité (ATF 129 V 181 consid. 3.1 et les références) et adéquate (ATF 129 V 181 consid. 3.2 et la référence) entre l'événement assuré et l'atteinte à la santé. Le point de savoir si et dans quelle mesure une atteinte à la santé imputable à un accident a causé effectivement une incapacité de travail (ou de gain) donnant droit à des prestations, doit être tranché selon la règle de la vraisemblance prépondérante, usuelle en droit des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b).

5. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence 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, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci.

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé 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 pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

Le 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; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). 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.

Si 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; RAMA 1992 n. U 142 p. 75 consid. 4b; FRESARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerische Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2^{ème} éd., n. 80 p. 865).

Selon la doctrine médicale, une simple contusion ou distorsion vertébrale cesse de produire ses effets après plusieurs mois. Selon la jurisprudence, l'aggravation traumatique d'un état dégénératif antérieur cliniquement asymptomatique de la colonne vertébrale est, en règle générale, à considérer comme terminée après six à douze mois (ATF non publié 8C_1009/2009 du 4 mai 2010 consid. 3.1). Dans le cadre de lombalgies ou de lombosciatalgies sans constatation d'une aggravation radiologique, le statu quo est en principe retrouvé après trois ou quatre mois, la symptomatologie étant alors à mettre sur le compte de l'âge (ATF non publié 8C_508/2008 du 22 octobre 2008 consid. 4.2).

S'il s'agit d'un accident sans lésions structurelles au squelette, il y a lieu de considérer que la chronification des plaintes doit être de plus en plus attribuée à d'autres facteurs (étrangers à l'accident) (ATFA non publié U 354/04 du 11 avril 2005 consid. 2.2 et les références ; ATFA non publié U 60/02 du 18 septembre 2002 et les références).

6. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte la santé. Il faut que, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'accident soit 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 et la référence; ATF non publié 8C_628/2007 du 22 octobre 2008), au point que le dommage puisse encore équitablement être mis à la charge de l'assurance-accidents eu égard aux objectifs poursuivis par la LAA (cf. ATF 123 V 98 consid. 3 et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (cf. ATF 118 V 291 consid. 3a, 117 V 364 consid. 5d/bb et les références).
7. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux(ATF 125 V 351 consid. 3b).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

8. Le juge des assurances sociales 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 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3).

Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2 et la référence), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 264 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (ATFA non publiés U 359/04 du 20 décembre 2005, U 222/04 du 30 novembre 2004; U 66/04 du 14 octobre 2004 et U 159/04 du 4 octobre 2004).

9. En l'espèce, il n'est pas contesté que l'instabilité de l'épaule droite et la déchirure du bourrelet avec une désinsertion partielle, qui sont apparues à la suite de la chute à moto le 9 octobre 2009, sont en lien de causalité naturelle et adéquate avec cette dernière.

Il est en revanche litigieux de savoir si les douleurs dont souffre actuellement l'assuré sont encore en lien de causalité avec cet accident après le 31 janvier 2013.

Dans son examen du 21 novembre 2012, le médecin d'arrondissement rappelle que la lésion traumatique considérée et traitée était une instabilité de l'épaule droite, que lors de l'arthroscopie réalisée en janvier 2011, le Dr M_____ lui-même avait constaté la normalité de la coiffe des rotateurs et du biceps, que le seul élément pathologique était une déchirure du bourrelet avec une désinsertion partielle pour laquelle une chirurgie de reconstruction avait été effectuée le 19 janvier 2011. Il considère dès lors que la symptomatologie actuelle de limitation fonctionnelle peut être mise en rapport avec la tendinopathie dégénérative du sus épineux constatée sur l'IRM du 27 décembre 2011, tendinopathie qui n'est pas en lien de causalité avec l'accident. Il a ainsi proposé de prononcer le statu quo sine dans un délai de 24 mois à compter de l'arthroscopie du 19 janvier 2011.

L'appréciation du médecin d'arrondissement est ainsi suffisamment approfondie sur les points litigieux. Elle ne comporte pas de contradiction. L'on notera également que l'événement traumatique a été relativement modeste. Aussi l'appréciation médicale est-elle convaincante dans ses résultats. Toutes les conditions formelles et matérielles posées par la jurisprudence étant réalisées, l'avis du médecin de l'intimée doit se voir reconnaître pleine valeur probante.

Cela étant, tous les médecins ont constaté une évolution défavorable avec une persistance de la douleur et une limitation fonctionnelle du membre supérieur droit, malgré un traitement physiothérapeutique intensif et l'arthroscopie pratiquée par le Dr M_____ le 19 janvier 2011. Dernièrement, les médecins de la CRR ont constaté l'apparition d'une coiffe dégénérative et conflit sous acromial, non constatés le jour de l'arthroscopie de l'épaule droite en janvier 2011. Le Dr R_____ a notamment relevé le 12 janvier 2012 une évolution vers une tendinopathie du tendon du sus épineux. Dans son rapport du 17 janvier 2012 établi à l'issue du séjour de l'assuré à la CRR du 13 décembre 2011 au 13 janvier 2012, le Dr Q_____ a indiqué que la pathologie actuelle de l'épaule droite (tendinopathie et probable déchirure interstitielle du tendon du supra épineux, tendinopathie du long chef du biceps, lésion du bourrelet glénoïdien) expliquait en partie la symptomatologie.

La Dresse L_____, le 22 janvier 2013, considère que l'accident a déstabilisé une atteinte dégénérative de l'articulation qui était, avant l'accident, mobile et indolore, de sorte que l'évolution clinique parle en faveur d'une complication de l'accident et non d'une nouvelle maladie.

Dans un courrier du 24 janvier 2013, le Dr M_____ admet que l'on peut suspecter l'origine dégénérative des plaintes actuelles, dans la mesure où la lésion au niveau du sus épineux est apparue entre le 26 février 2010 et le 27 décembre

2011, dates auxquelles les IRM ont été pratiquées, soit après l'accident. S'agissant du lien de causalité entre les troubles de l'épaule droite actuels et l'accident du 9 octobre 2009, le Dr M_____ déclare qu'il ne peut y avoir de réponse claire, puisqu'une épaule gelée peut venir compliquer une stabilisation chirurgicale de l'épaule, et une pathologie dégénérative comme on en trouve régulièrement chez les patients de l'âge de l'assuré peut également en être la cause.

Force dès lors est de constater qu'aucun élément susceptible de mettre en doute l'avis du médecin d'arrondissement n'a pu être avancé. La Dresse L_____ ne conteste pas les diagnostics posés par le Dr P_____. Elle se borne à souligner que l'articulation était, avant l'accident, mobile et indolore. Une telle constatation ne suffit cependant pas, selon la jurisprudence, à établir un lien de causalité naturelle. Le Dr M_____ admet quant à lui que la lésion du sus épineux n'est apparue qu'après l'accident et rappelle qu'une pathologie dégénérative peut également être la cause des troubles dont souffre actuellement l'assuré à l'épaule droite. L'assuré ne parvient ainsi pas à apporter un indice concret apte à remettre en cause les observations et conclusions de celui-ci.

En conclusion et au degré de vraisemblance prépondérante requis par la jurisprudence, les douleurs actuelles ne sont plus liées à l'événement traumatique du 9 octobre 2009. L'assuré n'est plus en droit de recevoir des prestations de l'assurance-accidents.

10. Eu égard à ce qui précède, c'est à juste titre que la SUVA a mis un terme à ses prestations dès le 31 janvier 2013. Le recours, mal fondé, doit être rejeté.
11. La procédure est gratuite.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le