

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2153/2017

ATAS/79/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 31 janvier 2019

5^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à FAUCIGNY, France

recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE

intimée

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Claudiane CORTHAY et Monique STOLLER
FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1962, a achevé en 1984 une formation professionnelle en maçonnerie, secteur dans lequel il a par la suite toujours travaillé. Du 15 novembre 2010 au 14 février 2011, il était employé par B_____ (Suisse) SA, une entreprise de placement de personnel dans la construction, dont le siège se trouve dans le canton de Neuchâtel depuis le 10 janvier 2017 (auparavant : dans le canton de Vaud), et placé dans l'entreprise C_____, sise dans le canton de Vaud. Du 15 février au 10 juin 2011, l'assuré a travaillé pour la succursale de B_____ (Suisse) SA, dont le siège est dans le canton de Genève. En sa qualité d'employé de B_____ (Suisse) SA, il était assuré contre le risque d'accidents, professionnels ou non, auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA ou la recourante).
2. Par déclaration de sinistre du 21 juin 2011, l'entreprise C_____ a informé la SUVA que l'assuré avait été victime d'un accident le 1^{er} février 2011. Il s'était blessé au bras et à l'épaule gauches suite à une chute.
3. En raison de la persistance des douleurs, l'assuré a consulté le service des urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après: HUG) le 21 juin 2011. Les radiographies de l'épaule ont mis en évidence une ascension de la tête humérale évoquant une atteinte de la coiffe des rotateurs. Quant au coude, un possible arrachement osseux ancien au niveau de l'épicondyle latéral de l'humérus et une fusion d'un noyau d'ossification au niveau de l'olécrâne étaient signalés. L'incapacité de travail était totale dès cette date.
4. La SUVA a pris en charge les conséquences de cet accident.
5. Le 30 juin 2011, le docteur D_____, spécialiste FMH en radiologie, a procédé à une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) de l'épaule gauche. Dans son rapport établi le lendemain, ce médecin a conclu à des signes d'un conflit avec une bursite floride, sans évidence de fracture ni de lésion tendineuse majeure, et à la suspicion d'une lésion de type SLAP (*superior labrum from anterior to posterior*).
6. En septembre 2011, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI).
7. Le 29 novembre 2011, le docteur E_____, spécialiste FMH en radiologie, a réalisé une échographie de l'épaule gauche et conclu à une rupture complète de la coiffe au détriment du sus-épineux, accompagnée d'une bursite irritative.
8. Par rapport du 23 décembre 2011, le docteur F_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a diagnostiqué une rupture post-traumatique du sus-épineux gauche. La persistance d'un conflit sous-acromial avec une faiblesse du sus-épineux avait justifié deux infiltrations sous-acromiales. Une évaluation chirurgicale était en outre nécessaire.
9. En date du 8 février 2012, l'assuré a été opéré par le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Dans son rapport du lendemain, ce médecin a

retenu les diagnostics de schizophrénie, de rupture massive de la coiffe de l'épaule gauche et d'état dépressif. L'intervention avait consisté en une arthroscopie, une acromioplastie, une ténodèse du biceps et une suture du sous-scapulaire et du sous-épineux. Depuis lors, ce médecin a attesté d'une totale incapacité de travail.

10. Par rapport du 23 mai 2012, le Dr G_____ a indiqué que l'évolution était lentement favorable, que l'assuré présentait une épaule gelée post-opératoire et suivait des séances de physiothérapie.
11. Le 31 juillet 2012, l'assuré a été examiné par le docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA. Dans son rapport du jour même, ce médecin a relaté que l'assuré, droitier, était toujours gêné par son épaule gauche et que ses douleurs apparaissaient surtout à l'effort, mais parfois également au repos. Le Dr H_____ a constaté un bon état général apparent et une gestuelle légèrement diminuée du côté gauche. Il a signalé une atrophie musculaire manifeste au niveau de tout le membre supérieur gauche et une discrète amyotrophie du sus-épineux. La palpation était douloureuse sur la partie externe de l'épaule et du coude. Des douleurs à la mobilisation, une importante restriction de la mobilité, en particulier dans les mouvements en élévation, ainsi qu'une forte diminution de la force de préhension étaient en outre relevées. Un séjour à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) était suggéré, mais l'assuré ne pouvait envisager de se séparer de sa famille et préférait continuer à faire de la physiothérapie et des exercices à domicile. En conclusion, sa capacité de travail était actuellement nulle dans le domaine de la construction. Par contre, un travail ne nécessitant ni manutention de charges dépassant les 5 kg, ni élévation du bras au-dessus de l'horizontale pourrait être envisagé. L'assuré avait déjà travaillé dans une entreprise de micromécanique et estimait pouvoir reprendre immédiatement une telle activité.
12. Le 1^{er} novembre 2012, le docteur I_____, radiologue FMH, a procédé à une arthro-IRM de l'épaule gauche, examen ayant mis en évidence une discrète altération compatible avec une capsulite débutante, une discrète quantité de liquide dans la partie pré-insertionnelle du tendon supra-spinatus, compatible avec une déchirure partielle de la face articulaire.
13. Le 28 février 2013, le docteur J_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a rendu un rapport final suite à un nouvel examen de l'assuré. Il a observé une limitation douloureuse de l'élévation active de l'épaule gauche qui atteignait difficilement 110°, une légère diminution de la rotation externe (20° à gauche contre 25° à droite), une amyotrophie modérée du bras gauche et quelques signes d'une épicondylite gauche résiduelle, mais la mobilité du coude était bien conservée. Sur le plan médical, la situation pouvait être considérée comme stabilisée, bien que l'on puisse encore espérer une légère amélioration spontanée avec le temps. Au niveau thérapeutique, la situation actuelle relevait d'un suivi médical espacé à long terme, de mesures ponctuelles d'antalgie et d'auto-physiothérapie. Sur le plan professionnel, l'activité exercée avant le sinistre n'était plus envisagée. En revanche, l'assuré pourrait vraisemblablement

mettre en valeur une pleine capacité dans toute activité n'exigeant pas de sollicitation du bras gauche au-dessus de l'horizontale ni de port de charges supérieures à 10 kg.

14. Estimant que les séquelles de l'accident ouvraient le droit à une indemnisation pour atteinte à l'intégrité, le Dr J_____ l'a fixée, en date du 28 février 2013, à 12,5%, sur la base de la table I des barèmes d'indemnisation.
15. Lors d'une conversation téléphonique du 22 juillet 2013, l'assuré a contesté l'appréciation du Dr J_____, mentionnant qu'il souffrait déjà à partir de 30° en levant son bras et qu'au-dessus, les douleurs devenaient insupportables. De plus, celles-ci étaient plus présentes qu'avant l'opération.
16. Par courrier du 7 avril 2014, la SUVA a informé l'assuré que, conformément à l'appréciation du Dr J_____, il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une amélioration notable des suites de l'accident. L'assuré était donc invité à mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle. Afin de lui permettre d'entreprendre des démarches pour trouver un emploi adapté, l'indemnité journalière serait versée jusqu'au 30 juin 2014 sur la base d'une incapacité totale de travail. En outre, la SUVA continuerait à prendre en charge les traitements antalgiques et un contrôle annuel chez un spécialiste de l'épaule, et l'OAI examinerait la mise en œuvre de mesures de réadaptation.
17. Par décision du 23 juillet 2014, confirmée sur opposition le 20 août 2014, la SUVA a alloué à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 12,5%, soit un montant de CHF 15'750.-.
18. En date du 10 septembre 2014, l'office AI pour les assurés résidant à l'étranger a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} mars au 31 octobre 2012. Le droit à la rente s'éteignait à l'issue d'une période de trois mois d'amélioration de la capacité de gain, soit dès le 31 octobre 2012, étant rappelé que l'assuré avait récupéré une entière capacité de travail dans une activité adaptée dès le 31 juillet 2012. Après comparaison des revenus, le degré d'invalidité était fixé à 11%. En outre, les mesures de réadaptation étaient sans objet, et l'assuré était invité à confirmer son intérêt pour une aide au placement.
19. Suite au recours interjeté par l'assuré, la chambre de céans a, par arrêt du 25 février 2015 (ATAS/145/2015), confirmé la décision sur opposition du 20 août 2014 s'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, laquelle constituait l'unique objet du litige. La chambre de céans a, pour le surplus, renvoyé la cause à la SUVA pour décision sur le droit à une rente (transitoire ou définitive).
20. Dans un document interne du 24 juin 2015, la SUVA a recensé, dans la région genevoise, 59 postes compatibles selon elle avec les limitations fonctionnelles dont souffrait le recourant. Parmi eux, l'assureur a retenu cinq descriptifs de postes de travail (DPT) adaptés selon lui à l'assuré, soit ceux d'employé d'atelier, magasinier, polisseur de métaux, agent de tri de monnaie (aide-caissier) et agent de piste

polyvalent en matière d'opérations aéroportuaires. En 2014, le revenu moyen tiré des cinq activités précitées était de CHF 62'086.20 par année.

21. Le 30 juin 2015, par téléphone, l'assuré a annoncé une rechute. Il a déclaré avoir repris une activité dans le domaine de la construction depuis un mois.
22. Une échographie et une radiographie de l'épaule gauche ont été effectuées le 7 juillet 2015. Selon le compte-rendu du même jour, un remaniement assez marqué du tendon sus-épineux avec une calcification en son sein a été relevé. Les radiologues suspectaient une fissure, voire une rupture du tendon précité ainsi qu'une tendinopathie calcifiante associée.
23. L'arthro-scanner de l'épaule gauche réalisé le 21 juillet 2015 a mis en évidence des fissurations de la face profonde associées à un amincissement de l'insertion distale du tendon du muscle supra-spinatus et à une dissection lamellaire du tendon infra-spinatus sans composante transfixiante ni opacification de la bourse sous-acromio-détoïdienne, une omarthrose débutante associée à une intégrité du complexe labro-ligamentaire ainsi qu'une arthropathie débutante de l'interligne acromio-claviculaire.
24. Par courrier du 4 septembre 2015, le Dr G_____ a informé le médecin- conseil de la SUVA que l'assuré, qui avait repris son travail de maçon par obligation, était venu le consulter en raison de la réapparition de douleurs très importantes au niveau de son épaule gauche. Le médecin traitant a relevé que, cliniquement, les mobilités étaient bonnes et la coiffe compétente. L'arthro-IRM montrait un amincissement des tendons mais pas de rupture itérative. Il considérait l'assuré comme n'étant plus capable d'effectuer un travail physiquement lourd, tel que celui de maçon. Il fallait dès lors procéder à un recyclage professionnel. Dans ces circonstances, il a attesté d'une incapacité totale de travailler.
25. Le 8 septembre 2015, l'assuré a formellement annoncé la rechute à la SUVA.
26. Par décision du 14 septembre 2015, confirmée sur opposition le 29 septembre 2015, la SUVA a reconnu le droit de l'assuré à une rente d'invalidité fondée sur un taux d'incapacité de gain de 12% dès le 1^{er} juillet 2014, relevant qu'il avait été considéré comme étant apte à travailler dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par les médecins (pas de port de charges supérieures à 10 kg et pas de sollicitation du bras au-dessus de l'horizontale). Une telle activité était exigible à plein temps et lui permettrait de réaliser un revenu annuel de CHF 62'086.-. Comparé au gain de CHF 70'213.- réalisable avant l'accident, une perte de gain de 11.57% en résultait. La SUVA relevait également que la rente pouvait être révisée en cas de changement important concernant l'état de santé ou les conséquences économiques.
27. Par courriel du 25 septembre 2015, la SUVA a informé l'assuré qu'elle acceptait de prendre à sa charge les suites de la rechute du 4 septembre 2015 et qu'un séjour à la CRR serait organisé afin d'évaluer les capacités physiques restantes lors des ateliers professionnels.

28. L'assuré a séjourné à la CRR du 6 au 23 octobre 2015. Par rapport du 5 novembre 2015, celle-ci a émis les diagnostics suivants : chute avec traumatisme de l'épaule gauche le 1^{er} février 2011, deux infiltrations sous-acromiales, suture du supra-épineux, de l'infra-épineux et du sub-scapulaire, ténodèse LCB et acromioplastie pour rupture de la coiffe le 8 février 2012, amincissement de l'insertion distale du supra-épineux, tendinopathie de l'infra-épineux, omarthrose débutante mais pas de rupture transfixiante sur l'arthro-CT du 21 juillet 2015. À titre de limitations fonctionnelles, les médecins de la CRR ont retenu : pas de travail prolongé au-dessus du plan des épaules, pas de ports de charges lourdes et moyennes de manière répétée, pas de travail prolongé avec les bras en porte-à-faux. La capacité de travail, nulle dans l'activité habituelle de maçon, était totale dans une activité adaptée avec un niveau d'effort léger. La situation n'était pas stabilisée tant du point de vue médical que des aptitudes fonctionnelles. Une stabilisation médicale était attendue dans un délai de deux mois, à savoir d'ici la fin de l'année 2015. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était défavorable (facteurs médicaux retenus après l'accident). Il était modérément favorable dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, en raison de facteurs non médicaux, tels que les attentes d'une solution de l'extérieur pour retrouver une profession aussi lucrative que celle exercée auparavant alors que l'assuré ne semblait pas avoir fait complètement son deuil de sa profession antérieure de maçon. Lors des ateliers professionnels, il avait pu effectuer des activités légères (5-10 kg) avec une vitesse de travail dans la norme. Les résultats réalisés au cours de l'évaluation des capacités fonctionnelles révélaient que l'assuré sous-estimait considérablement ses aptitudes fonctionnelles.
29. Dans un rapport du 15 janvier 2016, le Dr G_____ a indiqué que l'état de l'assuré était stable depuis plusieurs années, avec un syndrome douloureux chronique à l'effort résiduel. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.
30. Dans un rapport du 2 février 2016, la doctoresse K_____, généraliste à Bonneville, a relevé que l'assuré souffrait de douleurs chroniques au niveau de l'épaule gauche, présentes même au repos, avec un état stable, toutefois susceptible de péjoration. Le pronostic était réservé en raison du risque d'aggravation des lésions existantes, au moindre effort physique compte tenu de l'existence d'une fissuration de la face profonde, associé à un amincissement de l'insertion distale du tendon du muscle supra-spinatus, de la présence d'une dissection lamellaire de l'infra-spinatus, sans composante transfixiante. L'activité habituelle n'était plus possible et une reconversion professionnelle devait être envisagée dans une activité sans port de charges. Par ailleurs, en raison de cette évolution chronique, le recourant présentait un état dépressif, avec des idées noires, pour lequel il bénéficiait d'un suivi régulier.
31. L'arthroscanner de l'épaule gauche réalisée le 14 mars 2016 a mis en évidence une rupture de coiffe, sous forme d'une lésion transfixiante du tendon supra-épineux, et une minuscule lésion partielle de l'infra-épineux.

32. Par courriel du 27 mars 2016, l'assuré a manifesté son désaccord quant au montant de l'indemnité journalière qu'il percevait depuis la rechute.
33. Par décision du 27 mars 2016, la SUVA a confirmé le montant de l'indemnité journalière.
34. Par rapport du 16 juin 2016, le Dr G_____ a posé le diagnostic de syndrome douloureux résiduel, après suture de la coiffe gauche. La veille, il avait effectué une arthroscopie, une excision de l'insertion distale du sus-épineux, une acromioplastie antéro-externe et une résection du centimètre distal de la clavicule.
35. Saisi d'un recours de l'assuré contre la décision sur opposition du 29 septembre 2015, la chambre de céans l'a rejeté par arrêt du 25 août 2016 (ATAS/668/2016). Elle a considéré que c'était à bon droit que la SUVA avait mis l'assuré au bénéfice d'une rente d'invalidité avant même la stabilisation de la rechute, portée à la connaissance de la SUVA le 8 septembre 2015, rente qui serait le cas échéant augmentée afin de tenir compte de la rechute précitée. L'assuré aurait pu obtenir en 2014, sans invalidité, un salaire de CHF 70'213.-. Les DPT ayant été recueillies conformément aux exigences posées par la jurisprudence, il n'y avait aucune raison de s'en écarter. En retenant un revenu avec invalidité de CHF 62'086.20, le taux d'invalidité de l'assuré s'élevait à 12% ($[(CHF\ 70'213.- - CHF\ 62'086.20) / CHF\ 70'213.- \times 100 = 11.57\%, \text{ arrondi à } 12\%]$).
36. Le 25 janvier 2017, le docteur L_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a rendu un rapport final suite à un examen de l'assuré. Il a observé quelques incisions centimétriques en rapport avec l'arthroscopie réalisée à l'épaule gauche, sans amyotrophie évidente au niveau du sus-épineux. À ce jour, le cas était stabilisé. L'activité de maçon n'était plus envisageable. L'assuré pouvait exercer une activité adaptée à plein temps, avec un port de charges ponctuel et limité à 5 kg du côté gauche, en évitant les mouvements de rotation répétés de cette épaule et les gestes en hauteur, sans limitation du côté droit, sans devoir monter sur une échelle et sans limitation au niveau des membres inférieurs.
37. Par courrier du 20 février 2017, la SUVA a fait savoir à l'assuré qu'elle suspendait les prestations pour frais de traitement dans la mesure où la poursuite du traitement ne saurait apporter une amélioration significative de son état de santé. L'indemnité journalière serait versée jusqu'au 31 mars 2017.
38. Par décision du 7 mars 2017, la SUVA a maintenu le droit de l'assuré à une rente d'invalidité au taux de 12%. Se référant au rapport final du médecin d'arrondissement, elle a relevé qu'une aggravation des séquelles de l'accident ne s'était pas produite depuis la fixation de la rente en 2014. L'assuré était ainsi à même, en ce qui concernait les séquelles de l'accident, de mettre en valeur une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à son handicap et de réaliser un salaire annuel de l'ordre de CHF 62'086.-. Comparé au gain de CHF 70'213.- réalisable sans l'accident, il en résultait une perte de 11,57%.

39. Par pli du 28 mars 2017, l'assuré a formé opposition à cette décision.
40. Par rapport du 11 avril 2017, le Dr G_____ a rappelé qu'un amincissement des tissus avait été excisé et suturé lors l'opération en juin 2016. La nouvelle échographie ne montrait pas de récurrence de rupture.
41. Par décision du 19 avril 2017, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré, en se fondant sur l'exigibilité fixée en 2013 par le Dr J_____ et par le Dr L_____ en 2017. Aucun élément médical objectif ne permettait de douter des conclusions du Dr L_____.
42. Par acte du 16 mai 2017, complété le 8 juin 2017, l'assuré a interjeté recours contre cette décision, au motif que son état s'était aggravé suite à la rechute. Il a conclu à son audition, et implicitement, à l'octroi d'une rente supérieure à 12%.
43. Dans sa réponse du 14 août 2017, l'intimée a conclu à l'irrecevabilité du recours, motif pris de l'incompétence en raison du lieu de la chambre de céans, dès lors que le recourant était domicilié en France et avait travaillé en dernier lieu pour B_____ (Suisse) SA dont le siège était dans le canton de Neuchâtel.
44. Dans son écriture du 8 septembre 2017, le recourant s'est contenté d'argumenter sur le fond. Il n'avait pas d'autres compétences que celles acquises dans le bâtiment et ne parvenait pas à trouver un emploi dans d'autres postes (agent d'entretien, livreur, manutentionnaire en usine). L'expertise mise en œuvre par la SUVA avait été courte. Une expertise externe et neutre s'imposait. Il éprouvait une douleur intense à l'épaule gauche. Le docteur M_____ qu'il avait consulté pour une contre-expertise avait évalué à 30% son degré d'invalidité.
45. Par écriture du 17 octobre 2017, l'intimée a persisté dans ses conclusions.
46. Par arrêt incident du 2 novembre 2017 (ATAS/984/2017), la chambre de céans s'est déclarée compétente ratione loci, ce que le Tribunal fédéral a confirmé par arrêt du 3 septembre 2018 (8C_872/2017).
47. Par écriture du 6 décembre 2017, le recourant a indiqué avoir annoncé une rechute le 25 novembre 2017 à l'intimée. Cette dernière avait mis un terme aux indemnités journalières le 31 mars 2017, soit neuf mois après l'opération, sans tenir compte de l'avis du Dr G_____, qui avait estimé que la convalescence durerait douze mois. L'imagerie de l'épaule gauche du 12 janvier 2017 révélait un tendon très aminci et prévoyait une aggravation. L'IRM du 22 septembre 2017 montrait une rupture à 50% de ce tendon.

Il a joint notamment:

- l'échographie de l'épaule gauche du 12 janvier 2017, mettant en évidence un status réinsertion solide de la partie tout-à-fait supérieure du tendon subscapulaire ; un status post-ténodèse solide du tendon long chef du biceps ; un status post-réinsertion du tendon supra-spinatus au niveau du footprint ; un tendon très aminci, sans signe de déchirure transfixiante significative ; un

muscle ne montrant pas d'altération significative ainsi que des tendons et muscles postérieurs normaux ;

- un rapport du 22 septembre 2017, signé par le docteur N_____ et la doctoresse O_____, radiologues, relatif à l'IRM de l'épaule gauche réalisée le même jour, révélant un status post réparation du tendon supra-épineux, avec des remaniements étendus de son secteur distal, de signal majoré, incluant des fissurations par endroits transfixiantes, de signification restant incertaine ; une tendinopathie du sous-scapulaire avec réinsertion des fibres les plus hautes du tendon, sans argument pour une nouvelle déchirure ; une ténodèse bicipitale ; une déchirure de la face profonde sur environ 50% de l'épaisseur du tendon infra-épineux, à sa jonction avec le supra-épineux ; une bursopathie sous-acromio-deltoïdienne d'accompagnement ainsi qu'une arthrose acromio-claviculaire évolutive ;
 - le certificat du Dr G_____ du 23 novembre 2017, attestant d'une incapacité de travail totale dès cette date jusqu'au 31 décembre 2017 ;
 - le rapport du Dr G_____ du même jour, attestant en particulier que les douleurs persistaient et que, compte tenu de l'aspect dégénératif des lésions, une troisième opération de l'épaule gauche ne pouvait garantir une activité indolore dans son travail de maçon, si bien que le recourant devait envisager une activité plus simple sur le plan des exigences professionnelles.
48. Le 11 décembre 2017, le recourant a produit un échange de correspondance qu'il avait eu avec l'intimée entre le 28 février et le 28 novembre 2017, dans lesquels il relatait ses douleurs à l'épaule gauche.
49. Invitée à se déterminer sur le fond, dans son écriture du 5 novembre 2018, l'intimée a conclu au rejet du recours, sous suite de dépens, faisant valoir que l'aggravation de l'état de santé alléguée dans l'acte de recours au mois de mai 2017 n'était pas établie. Le certificat d'arrêt de travail, reçu en décembre 2017, attestait d'une incapacité de travail à compter du 23 novembre 2017. Dans la mesure où le recourant percevait des prestations d'assurance pour la rechute du 23 novembre 2017, la question d'une éventuelle adaptation future de la rente serait examinée, le cas échéant, suite à la prochaine détermination sur une éventuelle nouvelle exigibilité découlant de ladite rechute.
50. Dans son écriture du 20 décembre 2018, remplaçant celle de la veille, le recourant a conclu à son audition et à la mise en œuvre d'une expertise externe, à l'annulation de la décision litigieuse, au réexamen des indemnités journalières versées du 4 septembre 2015 au 31 mars 2017 et de celles allouées à partir du 23 novembre 2018, à l'octroi d'une rente transitoire à compter du 30 juin 2014 et à la révision de la rente d'invalidité. Il a indiqué que l'aggravation de son état de santé avait débuté en 2012, ce qui ressortait du rapport du Dr G_____ du 20 octobre 2012 qui ne constatait aucune guérison ou stabilisation du cas. Il a reproché aux Drs J_____ et L_____ de ne pas avoir tenu compte du pronostic réservé, émis par le

Dr G_____. C'était à tort que le Dr J_____ avait estimé que, sur le plan médical, la situation pouvait être considérée comme stabilisée, puisque le tendon était déchiré. Aucune imagerie ne corroborait l'allégation du Dr J_____. En outre, son cas devait être stabilisé avant qu'il ne recherche ou n'occupe une activité adaptée. Il y avait lieu aussi de revoir le montant des indemnités journalières de CHF 151.65, perçues jusqu'au 30 juin 2014, et de CHF 90.53, versées jusqu'au 31 mars 2017, car il ne gagnait plus le salaire réalisé avant l'accident. Le salaire retenu dans les DPT recueillies, surestimé, ne correspondait pas à celui qu'il pourrait obtenir. De plus, il fallait tenir compte du refus d'embauche d'un candidat handicapé.

Il a produit :

- le rapport de la Dresse K_____ du 24 octobre 2018, indiquant notamment qu'en date du 5 juillet 2012, il souffrait d'une pathologie de l'épaule gauche d'aggravation prévisible-possible ;
- l'appréciation du médecin d'arrondissement du 28 février 2013 sur laquelle la Dresse K_____ a ajouté en date du 10 décembre 2018 le commentaire suivant : « avec séquelle ! déchirure persistante ! » à côté du résumé du rapport du Dr G_____ du 23 mai 2012 : « évolution lentement favorable (épaule gelée, postopératoire) ». À côté du résumé du rapport du Dr H_____ du 31 juillet 2012, elle a ajouté « consolidation avec synthèse = déchirure partielle de la face articulaire du supra-spinatus gauche/ évolutive -> chirurgie 2016 -> douteux déclarée en 2014 ! ».

51. Le 21 décembre 2018, le recourant a produit la copie de son ancienne carte d'artisan, établie par la Chambre de métiers de la Haute-Savoie le 31 juillet 1995. Il a indiqué qu'il ne pouvait plus effectuer les activités, telles que maçonnerie, carrelage ou pose de menuiserie.
52. Dans son écriture du 14 janvier 2019, l'intimée a relevé que le recourant n'avait produit aucun élément médical de nature à contredire les conclusions du médecin d'arrondissement sur lesquelles la décision litigieuse se fondait. Diverses démarches étaient en cours s'agissant de la rechute annoncée en novembre 2017, pour laquelle le recourant percevait actuellement des indemnités journalières. Or, l'augmentation de la rente par voie de révision en cas de rechute devait avoir lieu au moment de l'arrêt du traitement médical. En l'état du dossier, il était donc superflu d'ordonner une comparution des parties.
53. Par mémoire du 24 janvier 2019, le recourant a fait valoir que ses séquelles n'étaient pas tardives et qu'elles avaient toujours existé, ce qui contredisait les conclusions du médecin d'arrondissement, dont il a au demeurant mis en cause l'impartialité. Il n'avait jamais été guéri et son état de santé n'avait jamais été stabilisé au vu des rechutes survenues. Au contraire, sa santé s'était aggravée. Le recourant a aussi contesté le calcul de la perte de gain et partant du montant de sa rente, alléguant qu'il ne pourrait réaliser qu'un revenu de CHF 3'500.- dans une activité adaptée. Il y avait lieu de prendre contact avec l'OAI pour connaître les

salaires qu'il pourrait effectivement obtenir dans un poste adapté. Enfin, il a demandé son audition.

54. Sur ce, la cause a été 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 - E 2 05), 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 la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (à l'exception des conclusions relevées au consid. 3 ci-dessous), en vertu des art. 56 ss LPGA, compte tenu de la période de suspension des délais courant du septième jour avant Pâques au septième jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA).

3. Il convient au préalable de déterminer l'objet du litige.

a. Selon l'art. 49 al. 1 LPGA, l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord.

Les prestations, créances et injonctions qui ne sont pas visées par l'art. 49 al. 1 LPGA peuvent être traitées selon une procédure simplifiée; l'intéressé peut cependant exiger qu'une décision soit rendue (art. 51 al. 1 et 2 LPGA). Les décisions peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues (art. 52 al. 1 LPGA) et les décisions sur opposition peuvent faire l'objet d'un recours devant le tribunal cantonal des assurances compétent (art. 56 al. 1 en relation avec les art. 57 al. 1 et 58 al. 1 LPGA).

b. Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1; 125 V 414 consid. 1a; 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées). Toutefois, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état

de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 503, 122 V 36 consid. 2a et les références).

c. En l'espèce, la décision attaquée confirme la décision du 7 mars 2016 qui maintient, suite à la rechute annoncée en septembre 2015, le droit du recourant à une rente d'invalidité LAA au taux de 12%. Ainsi, seul le degré d'incapacité de gain fait partie du litige soumis à la chambre de céans.

Le recourant a pris de nombreuses conclusions excédant l'objet du litige tel que défini par la décision querellée et rappelé ci-dessus. On notera que la conclusion tendant à l'octroi d'une rente transitoire à compter du 30 juin 2014, prévue à l'art. 30 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA – RS 832.202), est devenue sans objet, dès lors que le recourant perçoit une rente d'invalidité LAA, fondée sur un taux d'incapacité de gain de 12%, depuis le 1^{er} juillet 2014.

S'agissant de la conclusion tendant au réexamen du montant des indemnités journalières versées jusqu'au 30 juin 2014, il y a lieu de relever que celles-ci ont été allouées jusqu'au versement de la rente d'invalidité précitée sur la base de simples décomptes selon la procédure dite simplifiée prévue à l'art. 51 LPGA (Valérie DÉFAGO GAUDIN, Commentaire romand de la loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, n. 1 ad art. 51 LPGA). En l'absence d'une décision formelle demandée par le recourant, lesdits décomptes sont entrés en force et déploient leurs effets au même titre qu'une décision (cf. DÉFAGO GAUDIN, op cit., n. 2 ad art. 51 LPGA). Il s'ensuit que cette conclusion a trait à la reconsidération d'une décision entrée en force. Or, selon la jurisprudence, si l'administration peut en tout temps revenir sur une décision formellement passée en force (aux conditions posées la jurisprudence: voir ATF 127 V 469 consid. 2c et les références), le juge des assurances sociales ne peut la contraindre à reconsidérer pareille décision (cf. ATF 119 V 479 consid. 1b/cc ; 117 V 12 consid. 2a). En outre, compte tenu du fait que l'intimée ne s'est pas exprimée à ce sujet dans le cadre de la présente procédure (le recourant n'ayant du reste à aucun moment adressé une demande de reconsidération à l'intimée), l'objet du litige ne peut être étendu au montant desdites indemnités journalières. Cette conclusion doit dès lors être déclarée irrecevable.

Pour les mêmes motifs, la conclusion tendant au réexamen du montant des indemnités journalières perçues du 4 septembre 2015 au 31 mars 2017 doit également être déclarée irrecevable. Bien que celles-ci aient fait l'objet d'une contestation, suite à laquelle l'intimée a rendu la décision du 4 avril 2016, cette dernière est entrée en force, puisque le recourant n'a pas formé opposition (art. 52 al. 1 LPGA). Or, la procédure d'opposition est obligatoire et constitue une condition formelle de validité de la procédure de recours subséquente. À défaut d'une décision susceptible de recours, à savoir une décision sur opposition, le juge

n'est pas autorisé à se saisir de l'affaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances P 63/06 du 14 mars 2007 consid. 4.2.1).

Quant à la conclusion tendant au réexamen du montant des indemnités journalières perçues depuis le 23 novembre 2018, suite à la rechute annoncée en novembre 2018, elle sera également déclarée irrecevable, car elle est prématurée. Comme on le verra ci-après, cette rechute fait l'objet d'une instruction distincte et à ce stade le recourant n'a pas contesté les décomptes d'indemnités journalières y afférents. L'intimée n'a donc pas rendu de décision pouvant faire l'objet d'une opposition.

En définitive, le litige porte sur le point de savoir si c'est à juste titre que l'intimée a refusé d'augmenter la rente d'invalidité, octroyée au recourant depuis le 1^{er} juillet 2014, suite à la rechute annoncée en septembre 2015.

4. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

Les prestations d'assurance sont 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 atteinte 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 ; ATF 118 V 293 consid. 2c et les références).

5. Selon l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité.

Il sied de préciser que la notion d'invalidité définie à l'art. 8 LPGA, est en principe identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité (ATF 126 V 288 consid. 2d). L'art. 8 LPGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

6. Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est,

d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2).

La rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA) peut être révisée à la suite d'une modification notable du taux d'invalidité (art. 17 al. 1 LPGA). Cette modification peut concerner aussi bien l'état de santé que les conséquences économiques d'un état de santé demeuré en soi inchangé (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Pour être prise en considération, une péjoration de l'état de santé doit être en relation de causalité avec l'événement assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 66/94 du 4 novembre 1994 consid. 3b). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision de celle-ci. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment où la dernière décision après examen matériel des conditions du droit à la rente a été rendue et les circonstances au moment de la décision de révision (ATF 133 V 1008 consid. 5.4).

7. a. 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). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

b. 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. À 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

c. 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. Étant 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).

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 ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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 319 consid. 5a).
9. a. En l'espèce, il convient d'examiner si une modification de l'état de santé du recourant justifiant une révision du taux de sa rente d'invalidité s'est produite. Pour ce faire, il y a lieu de comparer l'état de fait prévalant lors de la dernière décision entrée en force, reposant sur un examen matériel du droit à la rente, soit la décision sur opposition du 29 septembre 2015, qui a été confirmée par la chambre de céans (ATAS/668/2016 du 25 août 2016), avec la situation existant au moment de la décision litigieuse du 19 avril 2017.

b. À l'appui de sa décision du 29 septembre 2015, l'intimée s'est basée sur le rapport final du Dr J_____ du 28 février 2013 pour arrêter le degré d'invalidité à 12%, rapport dont la valeur probante a été reconnue par la chambre de céans par arrêt ATAS/145/2015 du 25 février 2015, lequel n'a pas fait l'objet d'un recours au Tribunal fédéral, de sorte qu'il est définitif. Il ressort de ce rapport que le recourant, qui ne peut plus exercer son activité habituelle de maçon (suite à l'accident dont il a été victime le 1^{er} février 2011 ayant provoqué une atteinte à son épaule gauche), pourrait effectuer un travail adapté à plein temps ne sollicitant pas le bras gauche au-dessus de l'horizontale ni le port de charges supérieures à 10 kg. Au demeurant, on relèvera que, suite à l'opération réalisée le 8 février 2012, le Dr H_____, médecin d'arrondissement de l'intimée, avait examiné le recourant le 31 juillet 2012, et était parvenu, déjà à ce moment, à une conclusion sensiblement identique (soit une capacité de travail résiduelle dans une activité ne requérant ni manutention de charges dépassant les 5 kg ni élévation du bras au-dessus de l'horizontale).

c. La décision litigieuse, quant à elle, se fonde sur le rapport du Dr L_____ du 25 janvier 2017, médecin d'arrondissement de l'intimée, qui considère que le recourant, inapte à exercer son activité habituelle, pourrait exercer un travail adapté à plein temps moyennant un port de charges ponctuel et limité à 5 kg du côté gauche, en évitant les mouvements de rotation répétés de l'épaule gauche et les gestes en hauteur.

Cette décision a été prise suite à la rechute annoncée formellement par le recourant en septembre 2015. Il ressort des rapports médicaux se rapportant à cette rechute que l'épaule gauche du recourant présentait des fissurations de la face profonde associées à un amincissement de l'insertion distale du tendon du muscle supra-spinatus et à une dissection lamellaire du tendon infra-spinatus sans composante transfixiante ni opacification de la bourse sous-acromio-détoïdienne, une omarthrose débutante associée à une intégrité du complexe labro-ligamentaire ainsi qu'une arthropathie débutante de l'interligne acromio-claviculaire (cf. arthroscanner de l'épaule gauche du 21 juillet 2015). Se référant à cet examen, dans son rapport du 4 septembre 2014, le Dr G_____, médecin traitant, a fait état de douleurs importantes, mais relevé que, cliniquement, les mobilités étaient bonnes et la coiffe compétente. Si l'arthro-IRM montrait un amincissement des tendons, il n'existait en revanche pas de rupture itérative. Dans son rapport du 5 novembre 2015, la CRR, qui a notamment pris en compte les résultats de l'arthroscanner du 21 juillet 2015, a estimé que le recourant disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée sans travail prolongé au-dessus du plan des épaules, sans port de charges lourdes et moyennes de manière répétée et sans travail prolongé avec les bras en porte-à-faux. La CRR a relevé que, lors des ateliers professionnels, le recourant avait pu effectuer des activités légères (5-10 kg) avec une vitesse de travail dans la norme. Les résultats réalisés au cours de l'évaluation des capacités fonctionnelles révélaient que le recourant sous-estimait considérablement ses aptitudes fonctionnelles. Dans son rapport du 15 janvier 2016,

le Dr G _____ a, bien qu'il ait retenu un syndrome douloureux chronique à l'effort résiduel, considéré que la capacité de travail du recourant était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (à savoir une limitation faible des amplitudes articulaires de 160° en élévation et abduction, 60° en rotation externe coude au corps et huitième vertèbre dorsale en rotation interne). Au vu de l'arthroscanner de l'épaule gauche réalisée le 14 mars 2016, mettant en évidence une lésion transfixiante du tendon supra-épineux et une minuscule lésion partielle de l'infra-épineux, le médecin traitant a effectué ensuite, le 15 juin 2016, une arthroscopie, une excision de l'insertion distale du sus-épineux, une acromioplastie antéro-externe et une résection du centimètre distal de la clavicule.

L'appréciation du Dr L _____ du 25 janvier 2017 repose sur l'examen personnel du recourant, sur son dossier médical, y compris son dossier radiologique (le médecin d'arrondissement a résumé les rapports médicaux susvisés) et prend en considération les plaintes du recourant. Il y a par conséquent lieu d'accorder une pleine valeur probante à ladite appréciation, ce d'autant plus que l'échographie de l'épaule gauche du 12 janvier 2017 conclut à l'absence de déchirure transfixiante significative, et que, dans son rapport du 11 avril 2017, le Dr G _____, qui a rappelé qu'un amincissement des tissus avait été excisé et suturé lors de l'opération en juin 2016, a souligné que la nouvelle échographie ne montrait pas de récurrence de rupture. En outre, le fait que l'examen effectué par le Dr L _____ fût court, selon le recourant, n'est pas de nature à justifier que l'on s'écarte de son appréciation, puisque la durée de l'entretien entre l'expert et l'assuré n'est pas un critère reconnu par la jurisprudence pour avoir une influence déterminante sur la qualité et la valeur probante d'un rapport d'expertise (cf. arrêt du Tribunal fédéral I 719/06 du 4 juillet 2007 consid. 2.2). Celles-ci ne sauraient en effet être proportionnelles au temps consacré, dès lors que le travail de l'expert ne s'arrête pas au stade de l'entretien, mais qu'il consiste également et avant tout en l'analyse des propos recueillis et du comportement observé (arrêt du Tribunal fédéral I 764/05 du 30 mai 2005 consid. 2.3).

Au vu de ces éléments, c'est à tort que le recourant focalise son argumentation sur l'appréciation du Dr J _____ du 28 février 2013 pour contester que son état de santé était stabilisé à ce moment. Outre le fait que, par arrêt ATAS/145/2015 du 25 février 2015 – devenu définitif, celui-ci n'ayant pas été remis en cause –, la chambre de céans avait accordé pleine valeur probante au rapport du Dr J _____, on relèvera que, contrairement aux allégations du recourant, les rapports médicaux relatifs à la rechute annoncée en septembre 2015 – objet du présent litige –, concluent, après l'opération de juin 2016, à l'absence de déchirure. Aussi les rapports de la Dresse K _____, médecin traitant, des 24 octobre 2018 et 10 décembre 2018 faisant état d'une déchirure partielle du supra-spinatus en 2012 ne sont-ils pas pertinents. En outre, le simple fait que le Dr G _____ ait émis un « pronostic réservé » dans son rapport du 20 octobre 2012 n'est en soi pas décisif, dès lors qu'il s'agit par définition d'une appréciation (prédiction) quant à

l'évolution ultérieure de l'état de santé et que les éléments déterminants (non étayés dans ce rapport) pour évaluer le degré d'invalidité sont la capacité de travail résiduelle et les éventuelles limitations fonctionnelles. Ainsi, le Dr L_____ n'avait pas à tenir compte du rapport du Dr G_____ du 20 octobre 2012, d'autant moins que ce document ne se rapporte pas à la rechute annoncée en septembre 2015.

d. Force est ainsi de constater que la rechute annoncée en septembre 2015 n'a pas changé l'exigibilité d'une activité adaptée à plein temps telle qu'elle avait été admise à l'époque (février 2013) et que les limitations fonctionnelles retenues par le Dr L_____ sont globalement les mêmes que celles exposées par le Dr J_____ lors de l'octroi initial de rente. Dans ces circonstances, c'est à juste que l'intimée a refusé de réviser la rente d'invalidité du recourant.

À cet égard, on rappellera que la chambre de céans a, par arrêt ATAS/668/2016 du 25 août 2016, confirmé la décision sur opposition du 29 septembre 2015, octroyant au recourant une rente fondée sur un degré d'invalidité de 12% dès le 1^{er} juillet 2014. L'arrêt ATAS/668/2016 n'ayant pas fait l'objet d'un recours au Tribunal fédéral, il est définitif. Par conséquent, la chambre de céans n'entrera pas en matière sur la critique formulée par le recourant à l'encontre des DPT retenues à l'époque pour déterminer le revenu avec invalidité.

Il sied à cet égard de rappeler que l'OAI est arrivé à la conclusion que le recourant subit une perte de gain de seulement 11 % du fait qu'il ne peut plus travailler dans son ancienne profession et doit changer d'activité. Son calcul rejoint donc dans les grandes lignes celui de l'intimé qui retient une perte de gain de 12 %.

En outre, contrairement à ce que paraît croire le recourant, il n'appartient pas à l'assurance-invalidité de tenir compte des possibilités d'embauche d'un candidat handicapé. En effet, le « marché équilibré du travail » au sens de l'art. 7 LPGA est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés (ATF 110 V 273 consid. 4b). Il s'ensuit que pour l'évaluation de l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité de travail résiduelle lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de main-d'œuvre (VSI 1998 p. 293 consid. 3b; Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Commentaire thématique, p. 563-564 n. 2112).

En outre, c'est en vain que le recourant fait valoir que le Dr P_____ – dont on ignore le prénom et le domaine de spécialisation, – aurait évalué son degré d'invalidité à 30%. En effet, on attend d'un médecin qu'il fournisse des données médicales (telles que la capacité de travail résultant d'une atteinte à la santé) et non

juridiques (telles que le taux d'invalidité), appréciations qui relèvent de l'administration, et, en cas de recours, du juge. Le recourant n'a de surcroît produit aucun rapport émanant de ce médecin.

e. En ce qui concerne les rapports médicaux des 22 septembre 2017 et 23 novembre 2017, faisant notamment état d'une récurrence partielle des lésions, dans la mesure où ces documents sont postérieurs à la décision litigieuse du 19 avril 2017, ils ne seront pas examinés dans le cadre de la présente procédure. En effet, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). À cet égard, l'intimée a déjà indiqué que la question des conséquences de la rechute annoncée par le recourant en novembre 2017 fait l'objet d'une instruction actuellement.

10. Mal fondé, le recours sera ainsi rejeté.
11. Au vu de ce qui précède, par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a), la chambre de céans renonce à la comparution personnelle des parties et à la mise en œuvre d'une expertise, requises par le recourant. Il sied de relever à cet égard que les dires du recourant doivent être étayés par des documents médicaux (rapport des médecins, examens radiologiques etc.), de sorte qu'on ne voit pas en quoi son audition permettrait de compléter l'instruction, les faits étant connus et les pièces médicales figurant dans le dossier. Le recourant a enfin eu à maintes reprises l'occasion de s'exprimer par écrit.
12. Quand bien même l'intimée obtient gain de cause, elle conclut à tort à l'octroi de dépens, dès lors qu'elle n'est pas représentée par un avocat indépendant.
13. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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

Statuant

1. Rejette le recours dans la mesure où il est recevable.
2. Dit que la procédure est gratuite.
3. 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

Diana ZIERI

Maya CRAMER

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