

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4920/2017

ATAS/675/2018

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 7 août 2018

2^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A _____, domicilié c/o Famille B _____, à BELLEVUE recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCES EN CAS intimée
D'ACCIDENTS, Division juridique, sise Fluhmattstrasse 1,
LUCERNE

**Siégeant : Raphaël MARTIN, Président; Christian PRALONG et Willy KNÖPFEL,
juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1978 et de nationalité portugaise, est arrivé en Suisse le 15 février 2015 dans le but de trouver un emploi. Le 6 mars 2015, il a été engagé par C_____ SA (C_____ SA) pour une mission temporaire en tant que « monteur échafaudage » auprès de D_____ SA. A ce titre, il était couvert contre les accidents professionnels et non professionnels par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt; ci-après : la SUVA ou l'intimée).
2. Le 8 avril 2015, alors qu'il était en train de décharger une camionnette, l'assuré a glissé et est tombé sur l'épaule gauche.
3. Dans un rapport médical initial du 4 mai 2015, rectifié le 12 mai 2015, la doctoresse E_____, généraliste FMH, a constaté des douleurs au niveau paradosal gauche et diagnostiqué un traumatisme dorsal. Les premiers soins remontaient au 11 avril 2015 et les radiographies ne montraient pas d'altérations significatives. L'incapacité de travail était entière dès le 11 avril 2015 et probablement jusqu'au 12 mai 2015.
4. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) de l'épaule gauche, effectuée le 5 mai 2015, a révélé une rupture du supra-épineux avec dégénérescence kystique.
5. Par courrier du 28 mai 2015, la SUVA a accepté d'allouer des prestations d'assurance pour les suites de l'accident professionnel du 8 avril 2015.
6. Selon le rapport opératoire du 12 juin 2015, l'assuré a subi par arthroscopie, le 8 juin 2015, une acromioplastie décompressive et une suture de coiffe en raison d'une rupture transfixiante du sus-épineux gauche. L'opérateur n'a noté aucune lésion gléno-humérale et cartilagineuse.
7. Dans un rapport du 8 octobre 2015, le docteur F_____, chirurgien-orthopédiste FMH, a diagnostiqué également un kyste sus-épineux. L'évolution était lentement favorable, mais l'assuré était encore passablement limité. Puis, dans un rapport du 8 janvier 2016, il a fait état d'une mobilité toujours limitée et d'un bon pronostic.
8. Le 4 mai 2016, l'assuré a été examiné par le docteur G_____, chirurgien-orthopédiste FMH et médecin d'arrondissement de la SUVA. Dans son rapport du 9 mai 2016, le Dr G_____ a indiqué que l'assuré se plaignait d'une limitation de la mobilité de l'épaule gauche, notamment dans les mouvements de rotation externe, ainsi que de douleurs au bras. Il était capable de décoller une charge d'environ 10 kg mais ne pouvait pas la porter au niveau de l'horizontale. A l'examen, le Dr G_____ a constaté la persistance d'une force musculaire diminuée. L'assuré était d'accord avec un séjour à la clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) afin de réaliser un complément de rééducation et une évaluation de ses capacités professionnelles. On pouvait s'attendre à une reprise d'activité professionnelle d'ici deux mois en fonction des conclusions de ce séjour.

9. Dans un rapport du 29 juillet 2016, le docteur H_____, médecin-adjoint et rhumatologue FMH, a indiqué que l'assuré avait séjourné à la CRR du 21 juin au 20 juillet 2016. Il a confirmé les diagnostics déjà posés et a retenu également un diagnostic de probable capsulite post-opératoire anamnestique actuellement au décours. A l'entrée, l'assuré se plaignait de raideur à l'épaule gauche et d'une douleur vers l'insertion supra-épineuse apparaissant après l'exercice des activités. Les plaintes et les limitations fonctionnelles s'expliquaient principalement par les lésions objectives. Pendant le séjour, l'assuré avait suivi de la physiothérapie, une mini-évaluation de la capacité de performance fonctionnelle (ECF), des ateliers professionnels et une consultation de l'épaule en date du 24 juin 2016. L'évolution subjective et objective était favorable. Dans le cadre des ateliers professionnels, l'assuré avait exercé des activités avec un niveau d'effort léger. L'évaluation concluait à l'inaptitude de l'assuré à reprendre son activité de monteur en échafaudages qui était une activité lourde, ce qui était confirmé par le mini-ECF. Lors des tests, le niveau d'effort atteint était moyen (15 à 25 kg). Les limitations fonctionnelles consistaient en l'absence d'activités prolongées et/ou répétitives au-dessus des épaules, de port de charges lourdes de plus de 20 kg de manière répétitive et/ou prolongée, d'activités prolongées et/ou répétitives avec le membre supérieur gauche en porte-à-faux. La situation était stabilisée sur le plan médical et la poursuite du fitness pourrait améliorer la situation de l'assuré. Dans une activité respectant les limitations fonctionnelles, la capacité de travail était totale dès le 20 août 2016.
10. Dans son appréciation du 5 août 2016, le Dr G_____ a considéré, à la lumière du bilan complet réalisé à la CRR, que l'ancienne activité de monteur en échafaudages n'était plus exigible. En revanche, la capacité de travail était entière et sans diminution de rendement dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles. Une consultation annuelle de suivi auprès du médecin traitant se justifiait, ainsi qu'une série annuelle de séances de physiothérapie. Compte tenu des bonnes mobilités constatées, il n'y avait pas d'indication à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité.
11. Par communication du 19 août 2016, la SUVA a informé l'assuré que, selon le rapport de la CRR, il n'avait plus besoin de traitement. Par conséquent, elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 30 septembre 2016. Elle examinait actuellement si elle pouvait lui allouer d'autres prestations d'assurance et l'en informerait dès que possible.
12. Par certificat médical du 19 août 2016, la Dresse E_____ a continué à attester une incapacité de travail entière dès cette date.
13. Par décision du 6 octobre 2016, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève a nié le droit de l'assuré à une rente au motif que celui-ci ne remplissait pas les conditions d'assurance et que sa capacité de travail était entière dans toute activité adaptée depuis le 4 août 2016.

14. Par décision du 21 novembre 2016, la SUVA a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.
15. Le 22 novembre 2016, l'assuré a écrit à la SUVA pour se plaindre de ne pas avoir reçu les indemnités du mois d'octobre, alors qu'il lui avait envoyé un certificat médical d'incapacité de travail. Depuis son séjour à la CRR, son état s'était fortement aggravé de manière générale, mais tout spécialement à la clavicule gauche et à l'arrière de l'épaule gauche, à la suite des épreuves suivies intensivement sans repos pendant un mois et sans tenir compte de ses douleurs. Ce programme n'était pas adapté au type d'opération qu'il avait subie. Tout était trop violent et intense et personne n'avait tenu compte de ses douleurs. Il contestait formellement les conclusions de la CRR.
16. Par courrier du 24 novembre 2016, l'assuré a transmis à la SUVA un rapport de l'IRM du 14 novembre 2016 révélant une re-rupture du supra-épineux avec dégénérescence kystique.
17. Par déclaration d'accident du 1^{er} décembre 2016, l'assuré a annoncé à la SUVA une rupture de tendon à l'épaule gauche, survenue lors de son séjour à la CRR du 21 juin au 20 juillet 2016 et entraînant une incapacité de travail de 100%.
18. Dans un rapport du 5 décembre 2016, le Dr F_____ a considéré, au vu de la douleur persistante à l'épaule gauche associée à une limitation fonctionnelle avec rotation externe à 10° et élévation à 170°, que seule une nouvelle opération pourrait améliorer l'état de santé de l'assuré. Il a conclu à un excès de rééducation à la CRR.
19. Le 12 décembre 2016, l'assuré a formé opposition. Il a indiqué qu'il était toujours en incapacité de travail et qu'il devait se faire réopérer. Il demandait à la SUVA de reprendre le versement des indemnités journalières dès le 1^{er} octobre 2016.
20. Dans son appréciation du 11 janvier 2017, le Dr G_____ a considéré qu'au vu de l'âge de l'assuré et des résultats de l'IRM confirmant une rupture itérative de la suture réalisée sur le sus-épineux, une nouvelle intervention chirurgicale était indiquée afin d'améliorer l'état de santé de l'assuré.
21. Par courrier du 12 janvier 2017, la SUVA a informé l'assuré qu'elle annulait sa décision du 21 novembre 2016, qu'elle reprenait le versement des indemnités journalières dès le 1^{er} octobre 2016 et qu'elle prenait en charge l'intervention du 12 janvier 2017. Une fois son état stabilisé, elle lui notifierait une nouvelle décision.
22. Dans son rapport opératoire du 24 janvier 2017 consécutif à son opération du 12 janvier 2017, le Dr F_____ a diagnostiqué une rupture partielle du tendon du biceps et une compression du nerf supra-scapulaire. Il avait pratiqué par arthroscopie de l'épaule gauche une ténodèse du biceps, une neurolyse du nerf supra-scapulaire, une synovectomie et une ténolyse.

23. A la suite de la demande de renseignements médicaux du 12 janvier 2017, le Dr F_____ a répondu à la SUVA, le 25 janvier 2017, qu'il était trop tôt pour décrire l'évolution, l'opération ayant eu lieu le 12 janvier 2017.
24. Le 23 juin 2017, l'assuré a remis à la SUVA sa feuille-accidents remplie par le Dr F_____ qui mentionnait une incapacité de travail à 100% lors de la consultation du 14 juin 2017 et une prochaine consultation prévue le 21 septembre 2017, ainsi qu'une autorisation du Dr F_____, datée du 14 juin 2017, l'autorisant à voyager à l'étranger du 20 août au 20 septembre 2017.
25. Selon le rapport du Dr G_____ du 26 juin 2017, consécutif à son examen du 23 juin 2017, l'assuré se plaignait de douleurs, d'une sensation de perte de force et de limitation de la rotation. Son attitude était très démonstrative. Il se disait capable de soulever une charge d'une dizaine de kilos, mais rencontrait des difficultés pour la poser sur un support. Suite à des efforts de rééducation intensive, un nouveau traumatisme était survenu à cette épaule. Il a observé que, bien que le bilan par IRM faisait suspecter une nouvelle lésion de la coiffe, l'arthroscopie réalisée n'avait mis en évidence qu'une lésion partielle au niveau du tendon du biceps qui avait bénéficié d'une suture. A l'examen, la mobilité de l'épaule était un peu limitée en abduction et surtout dans les mouvements de rotations interne et externe. L'activité de monteur en échafaudages n'était plus exigible dès lors qu'elle impliquait la manipulation de charges lourdes. Six mois après la réalisation d'une suture du tendon du biceps, on pouvait considérer que le cas était stabilisé. Dans une activité professionnelle réalisée indifféremment en position assise ou debout, avec pour le membre supérieur gauche une limitation du port de charges de 5 kg, en évitant les mouvements de rotation répétés de cette épaule et idéalement l'avant-bras reposant sur un support, on pouvait s'attendre à une capacité de travail entière sans baisse de rendement. Le cas était stabilisé à ce jour.
26. Selon l'estimation de l'atteinte à l'intégrité du 26 juin 2017, celle-ci était de 10% au vu de l'épaule mobile jusqu'à 30° au-dessus de l'horizontale.
27. Par courrier du 28 juin 2017, la SUVA a informé l'assuré que l'examen médical subi récemment avait révélé qu'il n'avait plus besoin de traitement. Par conséquent, elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 juillet 2017. Elle examinait actuellement s'il lui était possible de lui allouer d'autres prestations d'assurance et l'en informerait dès que possible.
28. Par courrier du 1^{er} août 2017, l'assuré a formé opposition au courrier de la SUVA du 28 juin 2017. Il a demandé à recevoir une copie de son dossier, notamment du rapport d'examen du médecin d'arrondissement. Il a souligné que chaque fois qu'il avait été examiné par les médecins de la SUVA, il n'avait jamais bénéficié d'un interprète. Il comprenait le français pour des questions simples mais pas pour répondre à des questions contenant des nuances accessibles seulement à des francophones. Son état psychique commençait à être affecté par la peur de rester invalide. Il a demandé la poursuite du versement des indemnités journalières après

le 1^{er} août 2017 et la prise en charge des frais de traitement d'octobre 2016 à janvier 2017, qui n'avaient pas été remboursés. Il était prêt à changer d'orientation professionnelle car il avait d'autres compétences. Il a demandé à la SUVA de le renseigner sur des mesures de détection précoce qui lui permettraient de définir quelle reconversion était envisageable.

29. Par pli des 3 et 17 août 2017, la SUVA a accusé réception du courrier de l'assuré du 1^{er} août 2017 par lequel il s'opposait à la cessation du versement de ses indemnités journalières à partir du 1^{er} août 2017. Elle a précisé que son courrier du 28 juin 2017 était une simple information et non pas une décision formelle pouvant faire l'objet d'une opposition. Il ne lui appartenait pas de se prononcer sur les mesures précoces qui étaient des prestations proposées par l'assurance-invalidité. Elle a transmis à l'assuré une copie de son dossier.
30. Par courrier du 29 août 2017, représenté par le syndicat sans frontières, l'assuré a demandé à la SUVA de lui verser les indemnités journalières jusqu'à une décision définitive. Il lui a de nouveau adressé la déclaration du sinistre qui s'était produit à la CRR.
31. Par décision du 31 août 2017, la SUVA a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, au motif qu'une activité comme surveillant de magasin ou polisseur de montres lui permettrait d'obtenir un revenu plus élevé que celui réalisable dans l'emploi exercé au moment de l'accident. En revanche, elle lui a reconnu le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10%.
32. Selon, le Track and Trace de La Poste, la décision avait été envoyée le 31 août 2017. En l'absence du destinataire, une invitation à retirer le pli avait été placée dans la boîte aux lettres le 1^{er} septembre avec un délai jusqu'au 8 septembre 2017, date à laquelle le destinataire avait saisi une demande de prolongation du délai de retrait jusqu'au 22 septembre 2017. Le 21 septembre 2017, le pli avait été retiré au guichet.
33. Par courrier recommandé du 26 octobre 2017, l'assuré a rappelé qu'il était sans salaire depuis le mois d'août 2017 et a réclamé à la SUVA le versement des indemnités journalières concernant l'accident dont la CRR était responsable. Il a annexé sa feuille-accidents remplie par le Dr F_____ qui mentionnait une incapacité de travail à 100% lors de la consultation du 21 septembre 2017 et une prochaine consultation prévue le 30 octobre 2017.
34. Par décision sur opposition du 17 novembre 2017, la SUVA a considéré que la question de savoir si le courrier de l'assuré du 26 octobre 2017 était une opposition contre la décision du 31 août 2017 pouvait rester indécise puisque, de toute façon, l'opposition avait eu lieu hors délai et était donc irrecevable. Par ailleurs, le Dr H_____ avait indiqué à l'agence d'arrondissement de Genève que la seule trace d'un accident de l'assuré à la CRR était datée du 17 juillet 2017. Celui-ci s'était plaint auprès de l'infirmière de s'être cogné le gros orteil gauche durant la nuit et n'avait plus mentionné de plainte le lendemain.

35. Par courrier du 29 novembre 2017, l'assuré a répété qu'il était toujours en incapacité de travail pour cause d'accident et de rechute lors de son séjour à la CRR. Par ailleurs, son traitement médical était stoppé car la SUVA ne payait pas les factures des prestataires de soins. L'assuré constatait que son dossier n'était pas traité dans son entier, à savoir en incluant la deuxième déchirure qui avait fait l'objet d'une déclaration de sinistre remise à la SUVA avec son « recours » du 12 décembre 2016. La décision du 31 août 2017 n'avait pas provoqué de réponse de sa part car, comme il était à nouveau assuré à la suite des mauvais traitements subis lors de son séjour à CRR, il avait pensé que son dossier n'était pas clos mais en cours de traitement pour le deuxième accident. La décision du 31 août 2017 était nulle et non avenue car basée sur des faits antérieurs au deuxième accident. Il a demandé à la SUVA de payer les factures en souffrance, prendre en charge son nouveau programme de physiothérapie, qui impliquait que son bras devait être endormi avant d'être manipulé, et lui verser les indemnités journalières stoppées arbitrairement depuis le 1^{er} août 2017.
36. Par courrier du 5 décembre 2017, la SUVA s'est référée au courrier que l'assuré lui avait adressé le 30 novembre 2017 et l'a invité « à relire la décision sur opposition du 17 novembre 2017 y compris les voies de recours ».
37. Par acte du 13 décembre 2017, l'assuré a recouru contre ladite décision sur opposition. Il a conclu à la prise en charge par l'intimée de toutes les factures des soins médicaux dont il avait bénéficié et de ceux à venir, au versement des indemnités journalières avec effet rétroactif au 1^{er} août 2017, à la mise en place de mesures de réorientation professionnelle et à l'annulation de toutes les décisions antérieures de l'intimée. Le recourant a précisé qu'il était toujours en incapacité de travail à 100%. Il a fait grief à l'intimée de n'avoir jamais traité son dossier concernant le deuxième accident qui avait eu lieu lors de son séjour à la CRR. L'intimée ne désirait pas reconnaître pleinement qu'elle était responsable de son état et essayait par tous les moyens de clore le dossier.
38. Dans sa réponse du 29 décembre 2017, l'intimée a conclu à ce qu'il ne soit pas entré en matière sur les conclusions du recourant dès lors que, faute d'avoir été attaquée dans le délai de trente jours, la décision était entrée en force. Cette irrégularité empêchait la chambre de céans de statuer sur le fond.
39. Le 4 janvier 2018, la chambre de céans a demandé à l'intimée de traduire deux pièces rédigées en espagnol, puis, le 25 janvier 2018, elle a transmis la traduction au recourant.
40. Dans sa réplique du 2 février 2018, le recourant a rappelé qu'il avait été victime de deux accidents et que l'intimée n'avait traité que le premier, puis entamé le traitement du second avant de le stopper. Il a fait grief aux médecins de l'intimée de rejeter et d'invalider tous les rapports des médecins traitants, et aux experts d'être payés par les assurances et d'être à leurs bottes. Il avait dû arrêter les soins depuis des mois, faute de pouvoir les payer, car l'intimée avait suspendu le versement des

indemnités journalières et ne prenait pas en charge les frais de traitement dont il avait besoin. Son orthopédiste avait recommandé de pratiquer une arthrolyse sous narcose. Puisque l'intimée lui refusait de se faire soigner correctement, il était forcé de trouver un travail alors qu'il était sous certificat médical, ce qui était contraire à la loi. Il ressentait des douleurs quotidiennes et avait perdu la sensibilité à deux doigts de la main gauche. Il a persisté dans ses conclusions précédentes.

41. Dans son écriture du 17 février 2018, le recourant a réitéré ses griefs.
42. Le 19 février 2018, la chambre de céans a transmis cette écriture à l'intimée.

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. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).
3. Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.
4. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA et art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA-GE).
5. L'objet du litige consiste à déterminer si l'intimée a déclaré irrecevable à bon droit l'opposition du 26 octobre 2017, notamment si celle-ci a été formulée dans un délai de plus de trente jours depuis la notification de la décision du 31 août 2017.
6. a. Selon l'art. 52 LPGA, les décisions rendues en matière d'assurance sociale peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de

l'assureur qui les a rendues, à l'exception des décisions d'ordonnancement de la procédure.

D'après l'art. 38 LPGA, si le délai, compté par jours ou par mois, doit être communiqué aux parties, il commence à courir le lendemain de la communication (al. 1). Lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié selon le droit fédéral ou cantonal, son terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit. Le droit cantonal déterminant est celui du canton où la partie ou son mandataire a son domicile ou son siège (al. 3). L'art. 38 al. 2^{bis} LPGA dispose qu'une communication qui n'est remise que contre la signature du destinataire ou d'un tiers habilité est réputée reçue au plus tard sept jours après la première tentative infructueuse de distribution. En vertu de l'art. 39 LPGA, les écrits doivent être remis au plus tard le dernier jour du délai à l'assureur ou, à son adresse, à La Poste suisse ou à une représentation diplomatique ou consulaire suisse.

b. Il n'y a pas de formalisme excessif à considérer que la fiction de la notification à l'échéance du délai de garde de sept jours est également applicable lorsque la poste, de sa propre initiative, accorde un délai de retrait plus long et que l'envoi n'est retiré que le dernier jour de ce délai ou lorsque cette prolongation procède d'une inadvertance d'un employé (ATF 127 I 31 consid. 2b).

De même, celui qui, pendant une procédure, s'absente un certain temps du lieu dont il a communiqué l'adresse aux autorités, en omettant de prendre les dispositions nécessaires pour que les envois postaux parvenant à cette adresse lui soient transmis, ou de renseigner l'autorité sur l'endroit où il peut être atteint, ou encore de désigner un représentant habilité à agir en son nom, ne peut se prévaloir de son absence lors de la tentative de notification d'une communication officielle à son adresse habituelle, s'il devait s'attendre avec quelque vraisemblance à recevoir une telle communication (ATF 119 V 94 consid. 4b; ATF 117 V 132 consid. 4a).

7. En l'espèce, dans son courrier du 29 novembre 2017, le recourant précise qu'il n'a pas formé opposition à la décision du 31 août 2017 car il pensait que son dossier n'était pas clos, mais en cours de traitement pour le deuxième accident. Dans la mesure où, dans ledit courrier, le recourant persiste à demander le versement de l'indemnité journalière après le 31 juillet 2017, le paiement des frais de traitement en souffrance et la prise en charge de son nouveau programme de physiothérapie, en réalité, il ne s'oppose pas au refus d'une rente d'invalidité. En revanche, il conteste le refus de l'intimée de continuer, après le 31 juillet 2017, à verser des indemnités journalières et à prendre en charge le traitement médical qu'il considère comme non stabilisé.

S'il fallait considérer que le courrier du 26 octobre 2017 est une opposition à la décision du 31 août 2017, ce que le recourant semble contester, force est de constater que la décision du 31 août 2017 a été notifiée fictivement au recourant le 8 septembre 2017, à l'échéance du délai de garde sept jours qui, selon la jurisprudence, n'est pas prolongeable, même si le recourant a communiqué à

l'administration l'absence de son domicile pour un certain temps. Par conséquent, le délai de recours a commencé à courir le 9 septembre 2017 et est arrivé à échéance le dimanche 8 octobre 2017, respectivement a été reporté au lundi 9 octobre 2017, soit le premier jour ouvrable suivant le dimanche (art. 38 al. 3 LPGA). Au vu de l'écoulement de plus de trente jours entre le début du délai de recours et le courrier du 26 octobre 2017, l'intimée n'est pas entrée en matière, à juste titre, sur l'opposition à la décision du 31 août 2017.

En revanche, se pose la question de savoir si cette décision n'était pas prématurée au regard de la contestation par le recourant de l'arrêt à partir du 1^{er} août 2017 du versement de l'indemnité journalière et de la prise en charge du traitement médical.

8. a. Aux termes de l'art. 49 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 (al. 1). Les décisions indiquent les voies de droit. Elles doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties (al. 3).

Selon l'art. 51 LPGA, les prestations, créances et injonctions autres que celles visées à l'art. 49 al. 1 peuvent être traitées selon une procédure simplifiée (al. 1). L'intéressé peut exiger qu'une décision soit rendue (al. 2).

b. En cas de suppression de prestations temporaires (indemnités journalières, traitement médical), leur importance ne se mesure pas en fonction de la durée de leur versement, car ce qui est important ne réside pas dans la fin de la période d'indemnisation – qu'elle ait été longue ou courte –, mais dans la liquidation du cas ex nunc et pro futuro puisque les personnes assurées ne peuvent plus compter sur aucune prestation. Par conséquent, la clôture du cas sans accorder de prestations permanentes (rente d'invalidité et/ou indemnité pour intégrité) doit être traitée de la même manière que la clôture du cas avec octroi de telles prestations, c'est-à-dire que l'assureur doit liquider le cas en rendant une décision formelle dans les deux cas. Toutefois, cela ne signifie pas que la liquidation d'un cas sans autre octroi de prestations doit toujours se faire par décision formelle. En fonction du déroulement du processus de guérison, l'assureur-accidents peut sans autre simplement attendre et observer l'évolution avant de décider, ce qui est tout à fait approprié et adapté dans le cas individuel. En revanche, les prestations peu importantes peuvent continuer à être refusées de manière informelle, à condition que cela ne soit pas contesté (ATF 132 V 412 consid. 4).

c. La loi ne précise pas dans quel laps de temps l'intéressé doit déclarer son désaccord avec le mode de règlement choisi par l'administration. Mais, d'après la jurisprudence, on contreviendrait aux principes de l'équité et de la sécurité du droit si l'on considérait comme sans importance, du point de vue juridique, une renonciation – expresse ou tacite – à des prestations. On peut en effet attendre de la personne qui n'admet pas une certaine solution, et qui entend voir statuer sur ses droits dans un acte administratif susceptible de recours, qu'elle fasse connaître son

point de vue dans un délai d'examen et de réflexion convenable (ATF 126 V 23 consid. 4b; RAMA 1990 no K 835 p. 82 consid. 2a et les références). Cette jurisprudence trouve application dans le cadre de cette procédure simplifiée (ATF 132 V 412 consid. 5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_377/2009 consid. 4.1).

En ce qui concerne le délai pour contester un acte de l'administration, la jurisprudence distingue selon qu'il s'agit de la clôture du cas signifiée de manière informelle ou d'un décompte d'indemnités journalières. Dans la première éventualité, le délai pour faire part de son désaccord est d'un an car, sur cette question, l'administration aurait dû obligatoirement statuer par le biais d'une décision écrite (art. 49 al. 1 LPGA; voir aussi l'art. 124 OLAA; cf. ATF 134 V 145 consid. 5.3.2). La situation est en revanche différente dans la seconde éventualité, à savoir lorsque l'intéressé veut contester une communication pouvant faire l'objet d'une procédure simplifiée en vertu de l'art. 51 al. 1 LPGA - comme c'est le cas du décompte d'indemnité journalière de l'assurance-accidents (art. 124 OLAA a contrario; arrêt du Tribunal fédéral 8C_99/2008 consid. 3.2 publié in SVR 2009 UV n° 21 p. 78 et 8C_14/2011 du 13 avril 2011 consid. 5). Contre une communication effectuée conformément au droit sous la forme simplifiée, il est possible d'exiger une décision écrite dans un délai de réflexion, qui, selon les circonstances, peut être supérieur au délai légal de 30 jours mais qui ne saurait cependant dépasser plusieurs mois (ATF 134 V 145 consid. 5.3.1). Ce délai doit être fixé à 3 mois ou 90 jours à compter de la communication d'un décompte d'indemnité journalière (arrêt du Tribunal fédéral des assurances C 119/06 consid. 3.2 publié in SVR 2007 AIV n° 24 p. 75 et arrêt du Tribunal fédéral 8C_789/2012 du 16 septembre 2013 consid. 4.1).

S'agissant de l'accord de l'assuré, le texte de l'art. 49 al. 1 LPGA n'indique pas si une décision formelle doit être rendue seulement lorsque la personne intéressée en fait la demande expresse ou dès que l'assureur s'aperçoit que celle-ci n'est pas d'accord. La jurisprudence n'impose pas de forme particulière à la manifestation de volonté de l'assuré de s'opposer à une décision non formelle (arrêt du Tribunal fédéral 8C_849/2014 du 14 juillet 2016 consid. 5.2). Selon la doctrine, s'il ne fait aucun doute que l'assureur doit rendre une décision lorsque le désaccord de l'assuré est d'emblée manifeste, il est cependant admissible, en dehors de cette dernière hypothèse – y compris en cas de refus de prestations – que l'assureur rende d'abord, en procédure simplifiée, une décision (matérielle) dans l'espoir que l'assuré se laisse convaincre par la justesse de cette dernière (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 3^{ème} éd. 2015, n. 27 ad art. 49 LPGA et les références).

9. Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière. Le droit à l'indemnité prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et 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 (art. 16 al. 2 LAA). Enfin, si

l'assuré est invalide (art. 8 LPGa) à 10% au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme (art. 19 al. 1, 1^{ère} phrase, LAA).

Cependant, le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (art. 19 al. 1, 2^{ème} phrase, LAA). Il cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10 % prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (cf. ATF 134 V 109 consid. 4.1; ATF 133 V 57 consid. 6.6.2).

Selon l'art. 21 al. 1 LAA, lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13 LAA) sont accordées à son bénéficiaire notamment lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain (let. c) ou lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration (let. d).

Ainsi, les conditions du droit à la prise en charge des frais de traitement médical diffèrent selon que l'assuré est ou n'est pas au bénéfice d'une rente (ATF 116 V 41 consid. 3b). Dans l'éventualité visée à l'art. 10 al. 1 LAA, un traitement doit être pris en charge lorsqu'il est propre à entraîner une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. Il n'est pas nécessaire qu'il soit de nature à rétablir ou à augmenter la capacité de gain. En revanche, dans l'éventualité visée à l'art. 21 al. 1 LAA, un traitement ne peut être pris en charge qu'aux conditions énumérées à cette disposition (arrêt du Tribunal fédéral 8C_332/2012 du 18 avril 2013 consid. 1).

L'art. 19 al. 1 LAA délimite du point de vue temporel le droit au traitement médical et le droit à la rente d'invalidité, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé. Il ne suffit donc pas que le traitement médical laisse présager une amélioration de peu d'importance, ou qu'une amélioration sensible ne puisse être envisagée dans un avenir incertain (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 305/03 du 31 août 2004 consid. 4.1).

10. En l'espèce, par courrier du 28 juin 2017, soit par décision informelle, l'intimée a mis fin au paiement des frais médicaux du recourant et de l'indemnité journalière avec effet au 31 juillet 2017.

Pour sa part, depuis le 1^{er} août 2017, le recourant conteste la suppression du versement des indemnités journalières et de la prise en charge du traitement médical au motif que son état de santé n'est pas encore stabilisé et qu'il présente toujours une incapacité de travail entière attestée par le Dr F_____. Par

conséquent, il conteste la suppression de prestations temporaires importantes dès lors qu'il n'a pas droit à une rente d'invalidité au regard de la décision du 31 août 2017, respectivement la liquidation du cas à partir du 1^{er} août 2017.

Même si la liquidation du cas a été communiquée au recourant par décision informelle du 28 juin 2017, celui-ci a manifesté très clairement son désaccord avec ladite décision et à réitérées reprises, par courriers des 1^{er} et 29 août 2017, ainsi que du 26 octobre 2017, soit dans un délai de moins de trois mois depuis ladite décision. Par conséquent, l'intimée aurait aussitôt dû rendre une décision formelle motivée et susceptible d'opposition, de façon à ce que le recourant puisse faire valoir ses droits quant à l'indemnité journalière et à la stabilisation de son état de santé, notamment en requérant des actes d'instruction complémentaire relatifs à son état de santé. En effet, selon ses allégués, son orthopédiste préconise une arthrolyse, ce qui sous-entend que les mouvements de l'épaule gauche sont toujours limités. A cet égard, il est d'ailleurs étonnant que l'intimée n'ait demandé aucun rapport au Dr F_____ concernant l'évolution de l'état de santé du recourant après l'opération du 24 janvier 2017, la seule demande datant du 12 janvier 2017. Le chirurgien-orthopédiste aurait certainement expliqué pour quelles raisons il continuait à attester une incapacité de travail entière ce qui, selon les motifs invoqués, aurait pu amener l'intimée, en vertu de son devoir d'instruction d'office (art. 43 al. 1 LPGGA) à demander l'avis d'un médecin de son centre de compétence de médecine des assurances, voire à mettre en œuvre une expertise orthopédique.

Par conséquent, en établissant, le 31 août 2017, une décision formelle portant sur le droit du recourant à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, l'intimée a agi de façon prématurée, car elle ne pouvait pas statuer par voie de décision sur ledit droit et sur la stabilisation de l'état de santé du recourant, sans avoir statué au préalable par voie de décision sur la question de son incapacité de travail et son droit au traitement médical, notamment sur la question de savoir si une autre mesure médicale était susceptible d'améliorer son état de santé de manière sensible (cf. dans ce sens, l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 305/03, op. cit., consid. 4.2).

On doit donc considérer que l'intimée a gravement violé les règles de procédure applicables, ce d'autant plus qu'elle a expressément indiqué au recourant que sa décision matérielle du 28 juin 2017 ne pouvait pas faire l'objet d'une opposition dès lors qu'il ne s'agissait pas d'une décision formelle, sans examiner à aucun moment si, au vu du désaccord que le recourant a manifesté à plusieurs reprises entre le 1^{er} août 2017 et le 26 octobre 2017, elle ne devait pas rendre une décision formelle sur le droit à l'indemnité journalière et au traitement médical.

Cela étant, la présente action du recourant doit être considérée comme un recours au sens de l'art. 56 al. 2 LPGGA contre le refus de l'assureur-accidents de rendre une décision répondant aux exigences posées à l'art. 49 al. 1 et 3 LPGGA, soit un recours pour déni de justice.

Si le recours contre un retard injustifié ou un refus de statuer se révèle bien fondé, la juridiction saisie doit l'admettre et ordonner à l'autorité concernée de rendre une décision sujette à recours. En revanche, elle ne saurait se prononcer matériellement sur le litige car une telle manière de procéder méconnaîtrait l'objet du litige d'un recours de cette nature, lequel est limité à l'examen du refus de statuer de l'autorité inférieure (RAMA 2000 n° KV 131 p. 246 consid. 2c arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 629/01 du 7 août 2002 consid. 2.1).

Par conséquent, la chambre de céans ne peut pas entrer en matière sur les conclusions du recourant quant au fond du litige, mais ne peut que se borner à renvoyer la cause à l'intimée pour qu'elle rende une décision formelle, puis, le cas échéant, une décision sur opposition, sur le droit du recourant au paiement des frais médicaux et au versement de l'indemnité journalière.

11. S'agissant de la décision du 31 août 2017, elle est entrée en force, faute d'avoir été attaquée par le recourant.

- a. Dès qu'elle n'est plus susceptible d'un recours ordinaire – soit que le délai de recours est échu sans avoir été utilisé, soit que l'autorité de dernière instance s'est prononcée définitivement – une décision bénéficie de la force de chose décidée. En d'autres termes, l'application du régime qu'elle établit est censée être conforme à l'ordre juridique, même si, en réalité, cette décision est viciée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_333/2007 du 24 juillet 2008 consid. 2.1).

La nullité absolue d'une décision peut cependant être invoquée en tout temps, devant toute autorité et doit être constatée d'office (ATF 116 Ia 215 consid. 2a; ATF 115 Ia 1 consid. 3). Elle ne frappe que les décisions affectées des vices les plus graves, manifestes ou du moins facilement décelables, pour autant que sa constatation ne mette pas sérieusement en danger la sécurité du droit. Sauf dans les cas expressément prévus par la loi, il ne faut l'admettre qu'à titre exceptionnel, lorsque les circonstances sont telles que le système d'annulabilité n'offre manifestement pas la protection nécessaire. Des vices de fond n'entraînent qu'à de rares exceptions la nullité d'une décision. De graves vices de procédure, tels que l'incompétence qualifiée de l'autorité qui a rendu la décision, sont en revanche des motifs de nullité (ATF 132 II 21 consid. 3.1; ATF 129 I 361 consid. 2.1; ATF 118 Ia 336 consid. 2a).

Le cas d'un acte administratif illégal obéit à la règle générale de l'annulabilité dès lors que la plupart des décisions viciées le sont par leur contenu, que reconnaître la nullité autrement que dans des cas tout à fait exceptionnels conduirait à une trop grande insécurité et que le développement de la juridiction administrative offrant aux administrés suffisamment de possibilités de contrôle sur le contenu des décisions, on peut attendre d'eux qu'ils fassent preuve de diligence et réagissent en temps utile.

- b. En l'espèce, pour des raisons de sécurité juridique et au vu du grave vice de procédure commis par l'intimée, il y a lieu de constater d'office la nullité de la

décision du 31 août 2017, dès lors qu'elle est susceptible d'entrer en contradiction avec la future décision formelle concernant le droit du recourant à l'indemnité journalière et au traitement, notamment quant à la question de la stabilisation de son état de santé. Aussi l'intimée devra-t-elle également rendre, le moment venu, une nouvelle décision sur le droit du recourant à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

12. Au vu de ce qui précède, le recours pour déni de justice sera admis, la décision du 31 août 2017 sera déclarée d'office comme nulle et la cause renvoyée à l'intimée à charge pour cette dernière de rendre une décision formelle susceptible d'opposition quant au droit du recourant à l'indemnité journalière et au traitement dès le 1^{er} août 2017, et le moment venu une nouvelle décision sur son droit à la rente d'invalidité et à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, ce par le biais d'une ou de décision(s) susceptible(s) d'opposition, puis le cas échéant d'une ou de décision(s) sur opposition.

La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

* * * * *

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet en tant que recours pour déni de justice s'agissant de la suppression du droit du recourant au paiement des frais médicaux et au versement des indemnités journalières dès le 1^{er} août 2017.
3. Constate d'office la nullité de la décision du 31 août 2017 s'agissant du droit du recourant à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.
4. Renvoie la cause à la SUVA Caisse nationale suisse d'assurances en cas d'accident pour qu'elle statue sur le droit du recourant à l'indemnité journalière et au traitement médical dès le 1^{er} août 2017, ainsi que, le moment venu, à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, au sens des considérants.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. 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

Le président

Marie NIERMARECHAL

Raphaël MARTIN

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