

# **GE\_GERICHTE ATAS/738/2025 vom 30. September 2025**

GE Cour de justice, 2025-09-30, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_738\\_2025](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_738_2025)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/738/2025 du 30 septembre 2025

IT: GE\_GERICHTE ATAS/738/2025 del 30 settembre 2025

## **Erwägungen**

### **E. 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.

### **E. 2**

Aux termes de l'art. 60 al. 1 LPGA, le recours doit être déposé dans les 30 jours suivants la notification de la décision sujette à recours. Selon l'art. 39 al. 2 LPGA, lorsqu'une partie s'adresse en temps utile à un assureur incompétent, le délai est réputé observé. En application de cette norme, l'envoi d'un assuré adressé à un assureur social incompétent ne doit ainsi pas lui être retourné, mais doit être transmis à l'organe compétent. Il en va de même, par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA, lorsqu'un assureur reçoit par erreur un recours

A/1977/2025 - 7/12 - destiné au tribunal cantonal des assurances (Anne-Sylvie DUPONT, in Commentaire romand de la LPGA, 2025, n. 14 ad art. 39). L'art. 61 let. b LPGA, repris à l'art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), indique que l'acte de recours doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions, et que si l'acte n'est pas conforme à ces règles, le tribunal impartit un délai convenable au recourant pour combler les lacunes, en l'avertissant qu'en cas d'inobservation le recours sera écarté. Cette disposition découle du principe de l'interdiction du formalisme excessif et constitue l'expression du principe de la simplicité de la procédure qui gouverne le droit des assurances sociales. C'est pourquoi le juge saisi d'un recours dans ce domaine ne doit pas se montrer trop strict lorsqu'il s'agit d'apprécier la forme et le contenu de l'acte de recours (ATF 143 V 249 consid. 6.2). La motivation est suffisante lorsque le recourant manifeste sa volonté d'être considéré en tant que tel d'une part, et de faire modifier la situation juridique consacrée par la décision, d'autre part (Susanne BOLLINGER, Basler Kommentar zum ATSG, 2020, n. 28 ad art. 61 LPGA).

### **E. 2.1**

En l'espèce, si le recourant a indiqué à l'intimée qu'il acceptait la décision, faute de moyen pour la contester, il a très clairement manifesté son désaccord avec le refus de l'intimée de prendre en charge le sinistre annoncé, relevant que la fiche de salaire du mois de juillet 2024 avait été établie par l'entreprise pour communiquer son revenu. L'intimée a donc transmis à juste titre cette missive, postée dans le délai de 30 jours suivant la notification de la décision sur opposition, à la chambre de céans pour objet de sa compétence. Si l'acte de recours ne contient pas un exposé des faits, des motifs et des conclusions précises, il ressort

néanmoins des écritures du recourant, lequel n'est pas représenté, qu'il sollicite le versement d'indemnités journalières de la part de l'intimée.

## **E. 2.2**

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 LPA).

## **E. 3**

Le litige porte sur le bien-fondé de la décision sur opposition du 25 avril 2025, par laquelle l'intimée a nié le droit du recourant à toute prestation.

## **E. 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. En vertu de l'art. 4 LPGA, est réputée accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

A/1977/2025 - 8/12 -

### **E. 4.1**

Aux termes de l'art. 1a al. 1 LAA, sont assurés à titre obligatoire les travailleurs occupés en Suisse, y compris les travailleurs à domicile, les apprentis, les stagiaires, les volontaires ainsi que les personnes travaillant dans des écoles de métiers ou des ateliers protégés. Aux termes de l'art. 1 OLAA, est réputé travailleur selon l'art. 1a al. 1 LAA quiconque exerce une activité lucrative dépendante au sens de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (LAVS - RS 831.10).

### **E. 4.2**

Selon la jurisprudence, est réputé travailleur au sens de l'art. 1a al. 1 LAA celui qui, dans un but lucratif ou de formation et sans devoir supporter de risque économique propre, exécute durablement ou provisoirement un travail pour un employeur, auquel il est plus ou moins subordonné. Sont ainsi visées avant tout les personnes au bénéfice d'un contrat de travail au sens des art. 319 ss du code des obligations (CO - RS 220) ou qui sont soumises à des rapports de service de droit public. Cependant, l'existence d'un contrat de travail ne constitue pas une condition pour la reconnaissance de la qualité de travailleur au sens de l'art. 1a al. 1 LAA. En l'absence d'un contrat de travail ou de rapports de service de droit public, la qualité de travailleur doit être déterminée à la lumière de l'ensemble des circonstances économiques du cas d'espèce. Dans cette appréciation, il convient de ne pas perdre de vue que l'assurance-accidents, dans la perspective d'une couverture la plus globale possible, inclut également des personnes qui, en l'absence de rémunération, ne peuvent pas être qualifiées de travailleurs, tels que les volontaires ou les stagiaires. La notion de travailleur au sens de l'art. 1a LAA est par conséquent plus large que celle que l'on rencontre en droit du travail (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_324/2018 du 4 décembre 2018 consid. 4.2 et les références). En revanche, de simples coups de main ne suffisent pas pour créer une relation de travail. Il en va de même lorsque, par pure complaisance, une personne exerce pour une autre des activités durant une période limitée, et ce quand bien même elle serait indemnisée sous une forme ou une autre (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_393/2011 du 13 février 2012 consid. 3). L'assujettissement à l'assurance-accidents

n'implique pas un horaire minimal de travail ou le versement d'un salaire minimum. Il ne dépend pas d'une décision d'affiliation, de la conclusion d'un contrat d'assurance ou encore d'une déclaration de l'employeur. Peu importe au demeurant que les primes d'assurance aient ou non été payées (Jean-Maurice FRESARD / Margit MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2016, n. 7 p. 900). Dans l'assurance-accidents, le gain peut aussi bien provenir d'une activité licite que d'une occupation illicite, en particulier d'un « travail au noir » (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_676/2007 du 11 mars 2008 consid. 3.3.4, cf. sur ce point ATF 121 V 321 à propos d'un ouvrier agricole étranger sans permis de travail).

#### **E. 4.3**

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

A/1977/2025 - 9/12 - comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b). Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_115/2012 du 14 janvier 2013 consid. 4.2). Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le tribunal doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables. Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le tribunal devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_189/2015 du 11 septembre 2015 consid. 5.1 et les références). Il incombe à celui qui réclame des prestations de l'assurance-accidents de rendre plausible que les éléments d'un accident sont réunis. S'il ne satisfait pas à cette exigence, en donnant des indications incomplètes, imprécises ou contradictoires, qui ne rendent pas vraisemblable l'existence d'un accident, l'assurance n'est pas tenue de prendre en charge le cas (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_832/2017 du 13 février 2018 consid. 3.2). Dans des cas portant sur l'existence de rapports de travail ouvrant le droit à des prestations de l'assurance-accidents, le Tribunal fédéral a notamment confirmé que l'activité de la personne intéressée sur un chantier ne pouvait suffire à établir l'existence d'un rapport de travail avec l'entreprise affiliée à la SUVA, au vu des autres contradictions (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_309/2019 du 2 septembre 2019 consid. 3.2 et 3.3.3). Il a en outre considéré qu'au vu des nombreuses contradictions et discordances dans les pièces, notamment en lien avec le montant et le paiement du salaire, l'existence d'un rapport de travail n'était pas démontrée (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_790/2018 du 8 mai 2019 consid. 3.3). Il a aussi retenu qu'il était conforme au droit de nier un rapport de travail en cas de nombreuses discordances, notamment entre le salaire et la rémunération contractuellement prévue, et en l'absence de documents bancaires démontrant le versement dudit salaire (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_769/2016 du 19 décembre 2016 consid. 5.1).

#### **E. 5**

En l'espèce, la chambre de céans observe à titre préalable que l'entreprise a été dissoute par voie de faillite et n'existe plus, si bien que la question d'un appel en cause n'a pas à être examinée.

##### **E. 5.1**

Elle constate ensuite avec l'intimée de nombreuses contradictions et incohérences dans les pièces pertinentes. Ainsi, la date de début d'engagement du recourant serait le 1er juillet 2024 selon la déclaration d'accident, mais le 2 juillet 2024 selon le contrat de travail et la

fiche de salaire du mois de juillet 2024. Comme relevé à juste titre par l'intimée, la fiche de salaire contient manifestement de fausses indications, puisque le recourant reconnaît ne pas avoir travaillé les heures mentionnées et soutient que le salaire indiqué comme ayant été versé ne l'a en réalité pas été.

A/1977/2025 - 10/12 - Outre que le contrat de travail du 27 juin 2024 ne contient effectivement aucune référence à la CCT applicable et diverge de cette dernière sur des éléments importants, il sied de relever que ce document mentionne, dans la désignation des cocontractants, que l'entreprise est située à la rue L\_\_\_\_\_, alors que le timbre qui comporte la signature de l'employeur mentionne « D\_\_\_\_\_ », où elle n'était toutefois pas encore domiciliée. Ces éléments permettent de douter de la véracité tant du contrat de travail que de la fiche de salaire. En l'absence de tout autre indice permettant d'accréditer l'hypothèse d'une relation de travail entre le recourant et l'entreprise, l'intimée était fondée à retenir que l'existence d'un rapport de travail n'était pas établie, au degré de la vraisemblance prépondérante. Pour ce motif déjà, le recours doit être rejeté.

### **E. 5.2**

Par surabondance, la chambre de céans remarquera, à l'instar de l'intimée, que la survenance d'un accident le 4 juillet 2024 est également douteuse. Il est en effet pour le moins surprenant que le sinistre, prétendument arrivé le 4 juillet 2024, n'ait été annoncé que le 29 octobre 2024, soit après presque quatre mois, alors que le recourant était en totale incapacité de travail depuis lors. De plus, le premier arrêt de travail signé par le Dr I\_\_\_\_\_ est daté du 17 juillet 2024, et couvre la période du 17 juillet au 17 août 2024. Le certificat d'incapacité de travail pour la période antérieure, soit du 4 au 18 juillet 2024, n'a été signé que le 18 septembre 2024 et comporte la mention « correctif ». Ces attestations suggèrent donc que ce médecin n'a pas été consulté avant le 17 juillet 2024 et que l'arrêt de travail donné dès le 4 juillet 2024 l'a été sur la seule base des indications fournies par le recourant, vraisemblablement lors d'une consultation du 18 septembre 2024. Le Dr I\_\_\_\_\_, interpellé à plusieurs reprises par l'intimée, n'a pas répondu à ses questionnaires. Enfin, il sera observé que ce médecin est spécialiste en gynécologie et qu'il est pour le moins curieux que le recourant n'ait pas été examiné par un médecin interniste, un rhumatologue ou un orthopédiste de l'Institut médico-chirurgical de J\_\_\_\_\_, où de nombreux praticiens travaillent. De surcroît, si le Dr K\_\_\_\_\_ a rappelé que le Dr I\_\_\_\_\_ avait attesté d'un arrêt de travail à 100% depuis l'accident de juillet 2024, rien dans son rapport ne permet de confirmer que le recourant aurait subi une chute à vélo le 4 juillet 2024. Il sera en particulier relevé que le premier examen radiologique a été sollicité par le Dr K\_\_\_\_\_, à la suite de sa consultation du 5 novembre 2024, et que le premier traitement, soit des séances de physiothérapie, a également été prescrit par celui-ci, à l'issue de sa seconde consultation du 13 novembre 2024. Compte tenu de tous ces éléments, il est peu vraisemblable que le recourant ait été victime d'un accident le 4 juillet 2024.

### **E. 6**

Partant, le recours doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

A/1977/2025 - 11/12 - Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGa). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f bis LPGa a contrario).

A/1977/2025 - 12/12 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.