

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1463/2025

ATAS/904/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 21 novembre 2025

Chambre 9

En la cause

A_____

recourant

représenté par Me Marine PANARIELLO, avocate

contre

**CNA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS**

intimée

**Siégeant : Eleanor McGREGOR, présidente ; Andres PEREZ et Michael
RUDERMANN, juges assesseurs**

EN FAIT

A. a. A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1988, a été employé en qualité de transporteur/déménageur de meubles par la société B_____ Sàrl (ci-après : l'employeur), sise dans le canton de Zurich, à compter du 1^{er} janvier 2020.

b. Dans ce cadre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA).

c. Le contrat de travail de l'assuré stipulait que le temps de travail habituel (« *übliche Arbeitszeit* ») dans l'entreprise était de 45 heures. Le salaire horaire brut s'élevait à CHF 25.-.

B. a. Par déclaration de sinistre du 26 janvier 2020, rédigée en allemand, l'employeur de l'assuré a expliqué que ce dernier s'était blessé en date du 17 janvier 2020 après avoir glissé dans les escaliers et être tombé sur son avant-bras gauche.

Cette déclaration de sinistre mentionnait que l'assuré était employé à 60%, de façon irrégulière. Son temps de travail était de 40 heures par semaine, tandis que le temps de travail à temps plein dans l'entreprise s'élevait à 45 heures.

b. À teneur du rapport médical établi par l'Hôpital cantonal d'Olten en date du 18 janvier 2020, l'assuré présentait des contusions au niveau du coude et de l'avant-bras gauches, ainsi qu'au niveau de la hanche gauche. Les examens radiologiques réalisés avaient permis d'exclure une fracture du coude ou du poignet.

c. L'assuré s'est trouvé en incapacité de travail totale à compter de son accident.

d. Le 29 janvier 2020, la CNA a informé l'assuré qu'elle prenait en charge les suites de cet événement, en lui indiquant qu'il percevrait, depuis le 20 janvier 2020, une indemnité journalière de CHF 102.35.

e. Par courriel du 18 mars et courrier du 27 mars 2020, la CNA a demandé à l'employeur différents renseignements en vue de calculer le taux des indemnités journalières de l'assuré dans la mesure où ce dernier occupait un emploi irrégulier rémunéré à l'heure. Elle a ainsi notamment sollicité la transmission des douze dernières fiches de salaire de l'assuré.

f. Le 7 avril 2020, l'employeur a informé la CNA qu'il avait déjà employé l'assuré en 2018 et qu'il avait à nouveau fait appel à lui en 2020. Il lui a transmis les fiches de salaire relatives aux mois de janvier et février 2020, lesquelles faisaient état d'un salaire horaire brut de CHF 25.-. En janvier, l'assuré avait perçu le montant de CHF 400.05 pour 16 heures de travail, ainsi que celui de CHF 921.15, correspondant à 9 indemnités journalières de l'assurance-accidents

(9 x 102.35). En février, l'assuré avait perçu le montant net de CHF 3'070.50, soit 30 indemnités journalières de l'assurance-accidents (30 x 102.35).

g. À teneur d'une notice téléphonique du 15 avril 2020, l'assuré a indiqué à la CNA qu'il travaillait à 60% chez son employeur dans la mesure où il n'y avait pas encore suffisamment de travail à effectuer.

h. Le 12 mai 2020, le docteur C_____, spécialiste en médecine physique et en réhabilitation et médecin d'arrondissement de la CNA, a estimé qu'au vu des contusions banales subies par l'assuré, il ne devait plus subsister de plaintes consécutives à l'accident dans un délai de quatre à six semaines à compter de celui-ci.

i. À teneur d'une notice téléphonique du 14 mai 2020, la CNA a informé l'assuré des conclusions de son médecin d'arrondissement et lui a fait part de sa volonté de clore le cas au 31 mai suivant. À cette occasion, l'assuré l'a informée qu'une opération de sa main gauche était prévue à Genève, en précisant qu'il allait déménager dans ce canton.

j. Le 15 mai 2020, le docteur D_____, spécialiste en médecine interne générale et médecin-traitant de l'assuré, a expliqué à la CNA qu'une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) réalisée le 8 mai précédent avait mis en évidence une fracture radiculaire (notice téléphonique du 15 mai 2020).

k. Par courrier du 15 mai 2020, l'employeur de l'assuré a résilié le contrat de travail de ce dernier avec effet au 31 mai suivant.

l. Dans sa prise de position du 19 mai 2020, le médecin d'arrondissement de la CNA a indiqué qu'au vu du rapport d'IRM, qui montrait une fracture du scaphoïde, l'opération prévue était en lien de causalité avec l'accident.

m. En date du 17 juin 2020, l'assuré a subi une intervention chirurgicale au sein des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), laquelle a consisté en une reconstruction du scaphoïde gauche par cure de pseudarthrose.

n. Par courriel du 15 septembre 2020, l'assuré a communiqué à la CNA une attestation de départ émise par la commune de Trimbach, selon laquelle il quittait la commune pour s'installer à Genève.

o. Dans son appréciation du 18 décembre 2020, le docteur E_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la CNA, a estimé que l'incapacité de travail totale de l'assuré était encore justifiée.

C. a. Par courrier du 22 mars 2021, la CNA a informé l'assuré qu'après avoir procédé à un contrôle de son dossier, elle avait constaté que les documents salariaux et la déclaration de sinistre montraient que son taux d'activité auprès de son ancien employeur ne s'élevait qu'à 60%. Elle a ainsi indiqué à l'assuré qu'elle verserait des indemnités journalières sur la base d'une activité de 60% dès le

1^{er} mars 2021, sans réclamer les indemnités journalières versées en trop jusqu'à cette date. Ce courrier ne contenait pas l'indication des voies de recours.

b. Dans son rapport du 3 juin 2021, la docteure F_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué qu'au vu de la pseudarthrose du scaphoïde révélée par le scanner du 19 mai 2021, une nouvelle cure de pseudarthrose allait être réalisée.

Celle-ci a eu lieu en date du 14 juin 2021.

c. Par rapport du 27 août 2021, la Dre F_____ a informé la CNA que le bilan radiologique effectué montrait que la nouvelle tentative de reconstruction du scaphoïde avait échoué. L'assuré n'était pas en mesure de reprendre son activité sur un chantier dans la mesure où tout travail de force était très difficile pour lui et pouvait précipiter le développement d'une arthrose radio-carpienne. Une reconversion professionnelle devait être prévue.

d. À teneur d'une notice téléphonique du 1^{er} octobre, le docteur G_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la CNA, a informé cette dernière que la situation du poignet gauche de l'assuré était loin d'être stabilisée. Une nouvelle intervention semblait inévitable compte tenu de la pseudarthrose du scaphoïde.

e. Par courriel du 6 octobre 2021, l'ancien employeur de l'assuré a adressé à la CNA, à la demande de cette dernière, un exemplaire du contrat de travail de l'assuré du 1^{er} janvier 2020.

f. En date du 2 novembre 2021, la compagne de l'assuré a téléphoné à la CNA au sujet du calcul des indemnités journalières, en relevant que son contrat de travail mentionnait un taux d'activité de 100%, et non un temps partiel tel qu'indiqué sur la déclaration de sinistre. La CNA lui a expliqué que l'indemnité journalière avait été calculée sur la base des deux fiches de salaire en sa possession, et non sur celle du contrat de travail. La compagne de l'assuré a toutefois invité la CNA à calculer à nouveau l'indemnité journalière (notice téléphonique du 2 novembre 2021).

g. Le 29 mars 2022, l'assuré a été examiné par le Dr G_____. Au cours de l'entretien, l'assuré a notamment indiqué qu'au moment de l'accident, il travaillait à 60% auprès de son ancien employeur. Le Dr G_____ a retenu les diagnostics de fracture du scaphoïde avec nécrose du pôle supérieur et une pseudarthrose, avec échec de deux interventions.

h. Par courrier du 18 avril 2022 adressé au Dr G_____, la docteure H_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué que les dernières radiographies réalisées montraient la persistance de la pseudarthrose du scaphoïde gauche. Les différentes modalités de prise en charge avaient été expliquées à l'assuré, notamment une possibilité d'intervention chirurgicale consistant en une résection du scaphoïde et une arthrodèse médio-carpienne.

i. Dans son rapport du 29 septembre 2022, la Dre F_____ a indiqué que le bilan complémentaire effectué confirmait l'indication d'une arthrodèse médio-carpienne. L'assuré était toutefois ambivalent s'agissant de cette intervention chirurgicale et il désirait encore réfléchir à ce sujet.

j. L'assuré ayant finalement accepté l'opération, celle-ci a eu lieu en date du 18 septembre 2023.

k. D'après le rapport de consultation médicale de suivi des HUG du 17 janvier 2024, l'assuré présentait une consolidation de la main gauche et devait entamer la mobilisation de celle-ci.

D. a. En date du 24 janvier 2024, l'assuré a téléphoné à la CNA au sujet du montant de ses indemnités journalières. À la suite de cet entretien, la CNA lui a adressé une nouvelle fois son courrier du 22 mars 2021, par lequel elle avait revu à la baisse le montant de ses indemnités journalières (notice téléphonique du 24 janvier 2024).

b. Par correspondance du 8 février 2024 adressée à la CNA, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a indiqué qu'il n'avait jusqu'alors pas saisi la teneur du courrier du 22 mars 2021 et a demandé à la CNA de lui adresser copie de la documentation salariale et de la déclaration de sinistre qui avaient fondé la réduction du montant de ses indemnités journalières, en rappelant qu'il contestait « la réduction de son temps de travail ».

c. Par courriel du 15 février 2024, l'assuré a écrit en personne à la CNA qu'il y avait erreur s'agissant du taux de pourcentage des indemnités journalières, lequel s'élevait à 60%, alors que son contrat de travail mentionnait un taux d'activité de 100%.

d. Le 22 mars 2024, la CNA a informé l'assuré qu'elle avait transmis son dossier à son conseil et l'a invité à faire appel à cette dernière s'il entendait contester sa décision.

e. L'assuré a séjourné à la CRR du 10 juin au 5 juillet 2024. Sur le plan orthopédique, le spécialiste en chirurgie de la CRR a conseillé une poursuite de l'ergothérapie et de la physiothérapie et n'a pas retenu d'indication à une nouvelle chirurgie. Sur le plan psychiatrique, un épisode dépressif moyen a été diagnostiqué.

f. Le 7 août 2024, le Dr G_____ a estimé que le cas de l'assuré était stabilisé sur le plan somatique. Une période de rééducation supplémentaire de trois mois pouvait être admise au titre de la conservation du gain. L'activité antérieure de l'assuré n'était plus exigible. Sa capacité de travail était toutefois entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges supérieur à 5 – 10 kg, pas de port de charges répété, pas de mouvements nécessitant de la force ou des amplitudes importantes du poignet gauche ou des mouvements répétés du poignet gauche, absence de vibrations. L'atteinte à

l'intégrité de l'assuré s'élevait à 15% compte tenu de la table d'indemnisation n° 5 de la CNA (atteinte à l'intégrité résultant d'arthrose).

g. Par courrier du 13 août 2024, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettait fin au paiement des indemnités journalières avec effet au 31 août suivant. Les frais médicaux étaient quant à eux pris en charge pendant trois mois supplémentaires.

h. Par courriel du 18 septembre 2024, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a indiqué à la CNA que son ancien employeur avait commis une erreur en mentionnant un taux d'activité de 60% sur la déclaration de sinistre du 26 janvier 2020 dans la mesure où ce taux concernait un autre employé ayant fait l'objet d'une même annonce. La CNA était ainsi invitée à rectifier le montant des indemnités journalières rétroactivement au 1^{er} mars 2021 et de verser à l'assuré le solde qui lui était dû.

L'assuré a annexé à son courriel, d'une part, ses courriers à l'attention de son ancien employeur, par lesquels il lui demandait de rectifier les renseignements communiqués à la CNA au vu du taux d'activité prévu par le contrat de travail et, d'autre part, le courrier de réponse de son ancien employeur du 17 septembre 2024, dans lequel celui-ci confirmait que l'assuré avait été employé à temps plein et qu'une erreur avait été commise dans la déclaration de sinistre.

i. Par décision du 23 octobre 2024, la CNA a dénié à l'assuré le droit à une rente d'invalidité, au motif que sa perte de gain s'élevait, après comparaison des revenus sans et avec invalidité, à 9%. Les troubles psychiques de l'assuré n'étaient quant à eux pas en lien de causalité adéquate avec l'accident. Une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) de 15%, soit CHF 22'230.-, lui était allouée.

j. Par courriel du 9 décembre 2024, la CNA a demandé à l'assuré, dans le contexte d'une éventuelle correction du montant de l'indemnité journalière, de bien vouloir lui transmettre une copie de toutes ses fiches de salaire attestant d'une activité à temps plein depuis le début de son contrat de travail.

k. Le 18 décembre 2024, l'assuré a déclaré ne pas être en possession de la moindre fiche de salaire en lien avec son activité pour le compte de son ancien employeur. Le contrat de travail et les attestations de l'employeur démontraient toutefois que les indemnités journalières devaient être fixées sur la base d'un taux d'activité de 100%.

l. Par décision formelle du 23 janvier 2025, la CNA a statué sur la demande de rectification du montant des indemnités journalières de l'assuré, en indiquant que les indemnités journalières versées jusqu'au dépôt de la demande du 18 septembre 2024 étaient entrées en force et qu'il n'existait aucun motif de réexamen. En outre, les éléments figurant au dossier ne permettaient pas de déterminer si l'assuré avait travaillé à 100% ou à 60% avant son accident, ni quel salaire il avait perçu. Le contrat de travail ne fournissait quant à lui aucune

indication sur le taux d'occupation. Partant, le calcul de l'indemnité journalière ne pouvait pas être revu.

m. Par courrier du 24 février 2025, l'assuré a formé opposition à l'encontre de la décision du 23 janvier 2025. Il a souligné que la CNA s'était acquittée, du mois de janvier 2020 au mois de mars 2021, du paiement des indemnités journalières sur la base d'un taux d'activité de 100% et que le montant des indemnités journalières n'avait été revu à la baisse qu'en date du 22 mars 2021, au moyen d'un courrier qui ne contenait aucune indication des voies de recours. La CNA ne disposait pourtant, en date du 22 mars 2021, d'aucun élément nouveau constituant un motif de réexamen et ne considérait pas que les indemnités versées jusqu'alors étaient entrées en force, alors qu'elles avaient fait l'objet d'une décision formelle. En outre, le contrat de travail de l'assuré mentionnait qu'il travaillait 45 heures par semaine. En raison de son accident, survenu lors de son premier mois d'engagement, il n'avait pas perçu son premier salaire, ni reçu sa première fiche de salaire.

n. Par décision sur opposition du 12 mars 2025, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré, en indiquant que son courrier du 22 mars 2021 était une décision informelle, entrée en force en l'absence d'opposition dans un délai d'une année. Le courrier de l'assuré du 18 septembre 2024 constituait quant à lui une demande de reconsidération. Les pièces du dossier ne permettaient pas de déterminer si l'assuré avait travaillé à 100% ou à 60% et le versement d'indemnités journalières pendant plus d'une année sur la base d'un taux d'occupation de 100% ne constituait pas une justification pour continuer à les percevoir à ce taux. En l'absence de preuve d'une activité exercée à un taux de 100%, elle avait reconsidéré à raison le montant des indemnités journalières dans son courrier du 22 mars 2021.

- E. a.** Par acte du 17 avril 2025, l'assuré a interjeté recours contre la décision sur opposition du 12 mars 2025, concluant, préalablement, à la restitution de l'effet suspensif, à la comparution personnelle des parties et à l'audition d'un témoin et, principalement, au constat qu'il était employé à plein temps avant son accident et à la condamnation de l'intimée à lui verser le solde rétroactif des indemnités journalières dû depuis le 1^{er} mars 2021, avec intérêts à 5% l'an depuis cette date.

Selon lui, la décision informelle du 22 mars 2021 n'était pas entrée en force, dès lors qu'elle lui avait été communiquée alors qu'il n'était pas assisté par un avocat et que l'intimée avait, par la suite, persisté à solliciter des rapports complémentaires auprès des prestataires de soins en vue de déterminer son droit aux indemnités journalières.

En outre, l'intimée avait versé des indemnités journalières sur la base d'un taux d'activité de 100%, avant de soutenir que les pièces figurant au dossier ne permettaient pas de déterminer le taux d'occupation du recourant, ni son dernier

salaire, alors qu'elles permettaient au contraire d'établir que son taux d'activité avait été de 100%.

Enfin, l'intimée ne prenait pas position quant aux explications fournies par son ancien employeur en date du 17 septembre 2024, qui indiquait que son taux d'activité était de 100% et que celui de 60% procédait d'une erreur.

b. Par réponse du 8 mai 2025, l'intimée a conclu au rejet du recours, en faisant notamment valoir qu'il était étonnant que le recourant n'ait pas réagi immédiatement à réception d'un courrier l'informant de la réduction de ses indemnités journalières à un taux de 60%, en attendant plus de trois ans avant de se manifester. La décision informelle du 22 mars 2021 devait ainsi être considérée comme étant entrée en force. En outre, les déclarations tardives de l'employeur, formulées le 17 septembre 2024, ne permettaient pas de dissiper les incertitudes quant au taux d'activité réel du recourant, ce d'autant plus que son extrait de compte individuel faisait état d'un salaire AVS de CHF 400.- en 2020, ce qui était incompatible avec un emploi à plein temps. Enfin, ni le contrat de travail du recourant ni ses fiches de salaire ne permettaient d'établir un taux d'activité de 100%. Le recourant échouait ainsi à démontrer que la décision informelle du 22 mars 2021 était manifestement erronée.

c. Par arrêt incident du 13 mai 2025 (ATAS/340/2025), la chambre de céans a rejeté la requête en restitution de l'effet suspensif et réservé la suite de la procédure.

EN DROIT

1.

1.1 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 *ratione materiae* pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

1.2 À 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.

Selon l'art. 58 LPGA, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (al. 1).

En l'occurrence, selon la base de données de l'office cantonal de la population et des migrations du canton de Genève (OCPM), le recourant a quitté le canton de Genève en date du 14 janvier 2019 pour le canton de Soleure. Cela étant, il ressort

de l'attestation de départ émise par la commune de Trimbach en date du 12 juin 2020 que le recourant s'est à nouveau établi à Genève, ce que viennent confirmer les pièces postérieures du dossier de l'intimée, étant notamment souligné que les correspondances à l'attention du recourant comportent toutes des adresses genevoises.

La chambre de céans est par conséquent également compétente *ratione loci*.

1.3 Le délai de recours est de 30 jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 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, compte tenu de la suspension des délais du 7^e jour avant Pâques au 7^e jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA et art. 89C let. a LPA), le recours est recevable.

2. L'objet du litige concerne uniquement le montant des indemnités journalières dues au recourant du 1^{er} mars 2021 au 31 août 2024, dès lors que celui-ci n'a pas contesté la décision du 23 octobre 2024, par laquelle l'intimée a statué sur son droit à la rente et à l'IPAI, ni remis en cause la fin du versement des indemnités journalières au 31 août 2024.

3.

3.1 L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel en vertu de l'art. 6 al. 1 LAA. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 4 LPGA).

3.2 Aux termes de l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2).

En vertu de l'art. 17 al. 1 LAA, l'indemnité journalière correspond, en cas d'incapacité totale de travail (art. 6 LPGA), à 80% du gain assuré. Si l'incapacité de travail n'est que partielle, l'indemnité journalière est réduite en conséquence.

3.3 L'art. 15 LAA prévoit que les indemnités journalières et les rentes sont calculées d'après le gain assuré (al. 1). Est réputé gain assuré pour le calcul des indemnités journalières le dernier salaire que l'assuré a reçu avant l'accident ; est déterminant pour le calcul des rentes le salaire que l'assuré a gagné durant l'année qui a précédé l'accident (al. 2). Lorsque le Conseil fédéral fixe le montant maximal du gain assuré au sens de l'art. 18 LPGA, il désigne les gains accessoires et les prestations de remplacement qui en font partie. Ce faisant, il veille à ce que, en règle générale, au moins 92%, mais pas plus de 96% des travailleurs assurés soient couverts pour le gain intégral. Il édicte des prescriptions sur le gain assuré

pris en considération dans des cas spéciaux, notamment lorsque l'assuré est occupé de manière irrégulière (let. d) (al. 3).

3.4 L'art. 22 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202) précise les modalités de calcul du gain assuré.

Est réputé gain assuré le salaire déterminant au sens de la législation sur l'assurance-vieillesse et survivants, sous réserve de certaines dérogations non pertinentes en l'espèce (al. 2).

L'indemnité journalière est déterminée sur la base du gain assuré et non sur la base du gain dont on peut présumer que l'assuré est privé. Le législateur espérait ainsi une simplification administrative considérable et une meilleure coordination avec les autres branches de l'assurance sociale, les indemnités journalières devant pouvoir être déterminées rapidement et sans qu'un travail de clarification important ne soit nécessaire (André Pierre HOLZER, *Der versicherte Verdienst in der obligatorischen Unfallversicherung*, RSAS 2010 p. 204). L'indemnité journalière est en principe calculée sur la base du même gain pendant toute la durée du versement. Le calcul du gain assuré pour les indemnités journalières doit se fonder sur le revenu effectivement réalisé, qui est en général le salaire mensuel, hebdomadaire ou horaire. Celui-ci est converti en une année complète et divisé par 365 (art. 25 al. 1 OLAA et l'annexe 2 OLAA). La conversion en une année intervient également lorsque la personne assurée n'a exercé une activité lucrative que pendant une courte période avant l'accident (ATF 139 V 464 consid. 2.2).

4.

4.1 Selon l'art. 49 al. 1 à 3 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). Si le requérant rend vraisemblable un intérêt digne d'être protégé, l'assureur rend une décision en constatation (al. 2). Les décisions indiquent les voies de droit. Elles doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé (al. 3).

4.2 Aux termes de l'art. 51 al. 1 LPGA, les prestations, créances ou injonctions qui ne sont pas visées à l'art. 49 al. 1 peuvent être traitées selon une procédure simplifiée.

Les indemnités journalières de l'assurance-accidents peuvent faire l'objet d'une telle procédure simplifiée (*cf.* art. 124 OLAA *a contrario* ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_736/2023 du 2 octobre 2024 consid. 6.2.1 ; SVR 2009 UV n° 21 p. 78 consid. 3.2 [arrêt du Tribunal fédéral 8C_99/2008 du 26 novembre 2008]).

La distinction entre la procédure prévue par l'art. 49 et celle de l'art. 51 LPGA s'effectue de la manière suivante : il y a décision uniquement dans le cas où le document est qualifié de tel ou s'il contient, au moins, une indication des voies de droit. Si une décision présente un défaut, ses conséquences seront alors examinées

conformément à l'art. 49 al. 3 LPGA. Si le courrier, dans lequel l'assureur fait valoir sa position, ne respecte pas les conditions précitées, il ne peut être qualifié de décision, de sorte que la procédure ne doit pas tendre à la notification d'une décision sur opposition mais à celle d'une décision (arrêt du Tribunal fédéral 8C_738/2007 du 26 mars 2008).

Une communication effectuée conformément au droit sous la forme simplifiée de l'art. 51 al. 1 LPGA peut produire les mêmes effets qu'une décision entrée en force si l'assuré n'a pas, dans un délai d'examen et de réflexion convenable, manifesté son désaccord avec la solution adoptée par l'assureur social et exprimé sa volonté que celui-ci statue sur ses droits dans un acte administratif susceptible de recours (*cf.* ATF 134 V 145 consid. 5.2 ; 129 V 110 consid. 1.2.2 ; Elodie SKOULIKAS/Valérie DEFAGO GAUDIN, *in* Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2025, n. 10 *ad.* art. 51 LPGA).

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 conformément à l'art. 51 al. 2 LPGA. 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 p. 24 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_377/2009 consid. 4.1). En règle générale, ce droit s'éteint une année après que l'assureur a fait connaître sa volonté de manière simplifiée. Un délai plus long entre éventuellement en considération lorsque l'assuré pouvait croire de bonne foi que l'assureur poursuivrait l'élucidation de l'affaire et n'avait pas encore pris de décision définitive ; cette hypothèse concerne surtout l'assuré profane en droit et dépourvu de conseil juridique. Si l'assuré ne respecte pas ce délai, ordinaire ou prolongé, il perd son droit de demander une décision formelle afin de recourir contre celle-ci, et la volonté communiquée de façon simplifiée lui est désormais opposable (ATF 134 V 145).

En matière d'indemnités journalières, la jurisprudence du Tribunal fédéral a fixé le délai d'examen et de réflexion convenable à 3 mois ou 90 jours à compter de la communication d'un décompte d'indemnités journalières (arrêt du Tribunal fédéral 8C_349/2024 du 19 décembre 2024 consid. 3.1 ; SVR 2007 AIV n° 24 p. 75, consid. 3.2 [arrêt du Tribunal fédéral C 119/06 du 24 avril 2007] ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_14/2011 du 13 avril 2011, consid. 5).

Lorsque la prise de position de l'assureur prononcée en procédure simplifiée est entrée en force, elle ne peut être modifiée qu'aux conditions de la révision et de la reconsidération de l'art. 53 LPGA (ATF 148 V 427 consid. 4.1 ; SKOULIKAS/DEFAGO GAUDIN, *op. cit.*, n° 10).

4.3 Selon l'art. 53 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient pas être produits auparavant (al. 1). L'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (al. 2).

Cela vaut aussi pour les prestations qui ont été accordées sans avoir fait l'objet d'une décision formelle, mais d'une décision implicite prise dans le cadre d'une procédure simplifiée au sens de l'art. 51 al. 1 LPGA (ATF 130 V 319 consid. 5.2).

4.3.1 Cette disposition de la LPGA consacrée à la « révision et reconsidération » s'inscrit dans la thématique de la modification des décisions entrées en force de chose décidée, soit celles qui ne sont plus susceptibles d'un recours ordinaire (Margit MOSER-SZELESS/Jenny CASTELLA, *in* Commentaire romand, LPGA, 2025, n. 1 et 25 ss ad art. 53 LPGA et les références citées)

Si la révision procédurale et la reconsidération ont pour point commun de remédier à l'inexactitude initiale d'une décision (« *anfängliche tatsächliche Unrichtigkeit* » ; Ueli KIESER/Gabriela RIEMER-KAFKA, *Tafeln zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht*, 5^e éd., 2013, p. 140), la révision est la modification d'une décision correcte au moment où elle a été prise, compte tenu des éléments connus à ce moment, mais qui apparaît ensuite dépassée en raison d'un élément nouveau. En revanche, la reconsidération a pour objet la correction d'une décision qui était déjà erronée, dans la constatation des faits ou dans l'application du droit, au moment où elle a été prise (ATAS/1244/2020 du 10 décembre 2020 consid. 7b ; ATAS/154/2019 du 25 février 2019 consid. 3b ; ATAS/1163/2014 du 12 novembre 2014 consid. 5c).

4.3.2 Sont « nouveaux » au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA (révision), les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants, qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Ce qui est décisif, c'est que le moyen de preuve ne serve pas à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'un nouveau rapport médical donne une appréciation différente des faits ; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que le médecin ou l'expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que l'administration ou le tribunal. Il n'y a pas non plus motif à révision du seul fait que l'administration ou le tribunal paraît avoir mal interprété des faits connus déjà lors de la procédure principale. L'appréciation inexacte doit

être, bien plutôt, la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour la décision (ATF 127 V 353 consid. 5b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2018 du 24 avril 2018 consid. 4.3.1).

4.3.3 Pour ce qui est de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), l'administration peut reconsidérer une décision ou une décision sur opposition formellement passée en force et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit manifestement erronée et que sa rectification revête une importance notable. L'administration n'est pas tenue de reconsidérer les décisions qui remplissent les conditions fixées ; elle en a simplement la faculté et ni l'assuré ni le juge ne peut l'y contraindre. Cependant, lorsque l'administration entre en matière sur une demande de reconsidération et examine si les conditions d'une reconsidération sont remplies, avant de statuer au fond par une nouvelle décision de refus, celle-ci est susceptible d'être déférée en justice (ATF 133 V 50 consid. 4 ; ATF 119 V 475 consid. 1b/cc ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_495/2008 du 11 mars 2009 consid. 3.2). Le contrôle juridictionnel dans la procédure de recours subséquente se limite alors au point de savoir si les conditions d'une reconsidération (inexactitude manifeste de la décision initiale et importance notable de la rectification) sont réunies (ATF 119 V 475 consid. 1b/cc ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_229/2024 du 27 juin 2024 consid. 5).

Une administration refuse d'entrer en matière sur une demande de reconsidération lorsqu'elle se borne à procéder à un examen sommaire de la requête et répète les motifs invoqués dans la décision initiale (ATF 117 V 8 consid. 2b/aa p.14 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_866/2009 consid. 2.2 du 27 avril 2010).

L'erreur manifeste signifie qu'il n'existe aucun doute raisonnable sur l'irrégularité initiale de la décision, cette conclusion étant la seule envisageable (ATF 148 V 195 consid. 5.3 ; 138 V 324 consid. 3.3). Le vice peut résulter de l'application des mauvaises bases légales, de la non-application ou de la mauvaise application des normes déterminantes (ATF 147 V 167 consid. 4.2 ; 144 I 103 consid. 2.2 ; 140 V 77 consid. 3.1). La condition d'erreur manifeste est également réalisée lorsque la décision à reconsidérer a été rendue en fonction d'un état de fait établi de manière incomplète en violation manifeste du principe inquisitoire (art. 43 al. 1 LPGA ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_453/2021 du 6 octobre 2021 consid. 2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_633/2015 du 3 novembre 2015 consid. 3.2 ; MOSER-SZELESS/CASTELLA, *op. cit.*, n. 75 *ad art.* 53).

Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est manifestement erronée (art. 53 al. 2 LPGA), il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 141 V 405 consid. 5.2 et la référence).

L'importance notable de la rectification a été niée dans des cas où les montants en jeu s'élevaient à CHF 165.90, CHF 265.20, CHF 568.10 ou encore CHF 954.25. Lorsqu'il s'agit de prestations périodiques, le caractère notable de la rectification

doit en revanche être admis, même lorsqu'elle porte sur des montants minimes (Ueli KIESER, *ATSG-Kommentar*, 3^e éd. 2015, n. 58 *ad* art. 53 LPGA et les références).

5. 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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 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).

6.

6.1 La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 ; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

6.2 L'assureur n'a pas à épuiser toutes les possibilités d'investigations, s'il estime, par une appréciation anticipée des preuves fournies par les investigations auxquelles il a déjà procédé, que certains faits présentent le degré de preuve requis par les circonstances et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation. À l'inverse, l'assureur ne peut renoncer à mettre en œuvre des mesures d'instruction complémentaires, lorsqu'il apparaît, sur la base du dossier ou des allégations de la personne assurée, que les faits pertinents n'ont pas été établis de manière correcte et complète ou qu'il existe des contradictions insurmontables (Jacques Olivier PIGUET, *in* Commentaire romand de la loi sur la partie générale des assurances sociales, 2025, n. 12 *ad* art. 43 LPGA).

7. En l'occurrence, le recourant estime que la décision contenue dans le courrier du 22 mars 2021 n'est pas entrée en force, dès lors qu'elle lui a été communiquée alors qu'il n'était pas assisté par un avocat. Il souligne également que l'intimée a, postérieurement à l'envoi dudit courrier, persisté à solliciter des rapports complémentaires auprès des prestataires de soins, notamment en vue de déterminer son droit aux indemnités journalières. En outre, il fait valoir que les pièces figurant au dossier permettent d'établir que son taux d'activité auprès de son ancien employeur était de 100%, et non de 60% comme l'a retenu à tort l'intimée dans son courrier du 22 mars 2021.

L'intimée est quant à elle d'avis que la décision du 22 mars 2021 est entrée en force, faute de contestation dans un délai d'une année, si bien que le courrier de contestation du 18 septembre 2024 du recourant constitue une demande de reconsidération. S'agissant du montant des indemnités journalières, elle soutient que les déclarations tardives de l'employeur et les autres éléments du dossier ne permettent pas de retenir que le taux d'occupation du recourant s'est élevé à 100% durant son ancienne activité, de sorte qu'il ne saurait être retenu que la décision du 22 mars 2021 est manifestement erronée.

7.1 Il convient en premier lieu de déterminer la nature du courrier du 22 mars 2021.

Pour mémoire, l'intimée a informé le recourant, par courrier du 29 janvier 2020, qu'elle prenait en charge les suites de l'accident et qu'il percevrait, à compter du 20 janvier 2020, une indemnité journalière de CHF 102.35, étant relevé que ce montant n'a pas été contesté par le recourant. Ce courrier, qui ne mentionne aucune voie de droit, constitue une décision informelle. Dans la mesure où cette dernière concerne des indemnités journalières, l'intimée était autorisée à recourir à la procédure simplifiée (*cf.* art. 124 OLAA *a contrario*).

Bien que le détail des calculs relatifs au montant de CHF 102.35 ne figure pas au dossier, il appert que l'intimée s'est vraisemblablement fondée sur la déclaration de sinistre du 26 janvier 2020 pour le déterminer, en procédant de la façon suivante :

- $(20.71 + 1.73) \times 40 \times 52 / 365 \times 0.8 = 102.35$ (en arrondissant au 0.05 supérieur ; *cf.* art. 25 al. 1 *cum* annexe 2 OLAA).

La déclaration de sinistre mentionne en effet un salaire horaire de CHF 20.71, ainsi qu'une part de CHF 1.73 relative au treizième salaire. Le montant de CHF 2.56 concerne quant à lui une indemnisation pour les vacances et les jours fériés et n'a pas été pris en compte par l'intimée. Enfin, il ressort de ce document que le temps de travail hebdomadaire du recourant est de 40 heures.

Par courrier du 22 mars 2021, l'intimée a informé le recourant qu'après avoir procédé à un contrôle interne de son dossier, elle avait constaté qu'il ressortait des documents salariaux et de la déclaration de sinistre qu'il avait en réalité occupé un emploi à un taux de 60% auprès de son ancien employeur. Elle a ainsi réduit

l'indemnité journalière à concurrence de 60% du montant précédent (CHF 69.10) à compter du 1^{er} mars 2021, en précisant au recourant que les indemnités journalières versées à tort ne lui seraient pas réclamées.

Ce courrier n'est pas dénommé « décision » et ne comporte aucune voie de droit, de sorte qu'il doit être qualifié de décision informelle.

Contrairement à ce que soutient l'intimée dans ce courrier, les documents salariaux que lui a transmis l'ancien employeur du recourant n'attestent pas d'un taux d'activité de 60%, bien que les 16 heures de travail mentionnées sur la fiche de salaire du mois de janvier plaident davantage en faveur d'une activité à 60% qu'à 100%. En effet, il paraît peu probable que ce nombre d'heures puisse correspondre à une activité à temps plein, étant rappelé que le recourant a été engagé à compter du 1^{er} janvier 2020 et que son accident s'est produit le 17 janvier suivant, soit environ deux semaines plus tard.

Partant, il convient de retenir que le courrier du 22 mars 2021 de l'intimée se fonde essentiellement sur la déclaration de sinistre du 26 janvier 2020, laquelle mentionne un taux d'activité de 60%, ainsi que sur les déclarations du recourant du 15 avril 2020, qui a confirmé par téléphone à l'intimée qu'il travaillait à 60% au moment de son accident.

Dans la mesure où l'intimée était déjà en possession de ce document au moment où elle a octroyé des indemnités journalières de CHF 102.35 au recourant, sa décision du 22 mars 2021 constitue une décision de reconsidération, dès lors qu'elle corrige une décision antérieure sur le fondement d'éléments factuels dont l'intimée disposait déjà au moment du prononcé de celle-ci.

À cet égard, la chambre de céans constate qu'il n'y a pas lieu de déterminer si les conditions permettant à l'intimée de procéder à cette reconsidération étaient réunies, dès lors que la décision du 22 mars 2021 est entrée en force, faute de contestation en temps utile (*cf.* consid. 7.2).

7.2 La décision informelle du 22 mars 2021 concernait le montant des indemnités journalières du recourant, de sorte que l'intimée était fondée à la prononcer au moyen de la procédure simplifiée (*cf.* art. 124 OLAA *a contrario*). Il appartenait ainsi au recourant, le cas échéant, de manifester son désaccord dans un délai de 90 jours à compter de la notification de cette décision (arrêt du Tribunal fédéral 8C_349/2024 du 19 décembre 2024 consid. 3.1 ; SVR 2007 AIV n° 24 p. 75, consid. 3.2 [arrêt du Tribunal fédéral C 119/06 du 24 avril 2007] ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_14/2011 du 13 avril 2011, consid. 5).

Or, il appert que le recourant n'a pas contesté la teneur du courrier du 22 mars 2021 en sollicitant qu'une décision formelle soit rendue dans un délai de 90 jours.

En effet, la première contestation de cette décision est intervenue en date du 2 novembre suivant, lorsque la compagnie du recourant a téléphoné à l'intimée en sollicitant que le calcul des indemnités journalières soit à nouveau effectué en

tenant compte d'un taux d'activité de 100%, tel que mentionné sur le contrat de travail du recourant. Compte tenu du fait qu'une période excédant largement 90 jours s'était écoulée entre la notification du courrier du 22 mars 2021 et cet entretien téléphonique, la contestation de cette décision était en tout état de cause tardive. Il n'y a dès lors pas lieu de déterminer si la compagne du recourant disposait de la qualité pour s'opposer à cette décision, étant d'ailleurs relevé que le recourant ne soutient pas qu'il aurait contesté cette décision en temps utile par le truchement de sa compagne.

De même, la chambre de céans observe que le recourant a manifesté son désaccord avec cette décision pour la première fois en son nom par courrier du 8 février 2024, soit près de trois ans après son prononcé, de sorte qu'il ne saurait être suivi lorsqu'il affirme qu'il s'est opposé en temps utile à cette décision informelle. Il en va de même s'agissant de son courriel du 18 septembre 2024, par lequel il a demandé à l'intimée de rectifier le montant de ses indemnités journalières rétroactivement au 1^{er} mars 2021.

Il importe peu, à cet égard, que le recourant ne disposât pas de compétences juridiques ou qu'il ne fût pas représenté par un avocat au moment de la notification de la décision du 22 mars 2021, dès lors qu'il n'a pas pu ignorer que le montant de ses indemnités journalières avait diminué de 40%.

Par ailleurs, le fait que l'intimée ait, postérieurement à la décision du 22 mars 2021, continué à adresser des demandes de renseignements aux prestataires de soins en vue de fixer le montant des indemnités journalières du recourant ne signifie pas que le courrier du 22 mars 2021 ne serait pas entré en force.

En effet, ces demandes avaient pour but de déterminer l'évolution du taux d'incapacité de travail du recourant, laquelle avait une incidence sur le montant de ses indemnités journalières.

La décision du 22 mars 2021 portait quant à elle sur le montant du gain assuré, lequel dépendait du taux d'activité antérieur retenu, étant rappelé que le recourant était payé à l'heure. Une fois déterminé, ce montant n'était en principe plus susceptible de varier, contrairement au taux d'incapacité de travail du recourant, qui pouvait évoluer dans le temps. Partant, les demandes de l'intimée adressées aux prestataires de soins ne sont pas de nature à remettre en cause l'entrée en force de la décision du 22 mars 2021.

Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que la décision informelle du 22 mars 2021 est entrée en force, de sorte que les courriers adressés par le recourant en date des 8 février et 18 septembre 2024 sont tardifs.

7.3 Il convient désormais de déterminer si les contestations formulées par le recourant dans ses correspondances des 8 février et 18 septembre 2024 peuvent être qualifiées de demande de révision (*cf.* consid. 7.3.1), respectivement de demande de reconsidération (*cf.* consid. 7.3.2).

7.3.1 Le courriel du 18 septembre 2024 du recourant se fonde sur une nouvelle pièce, à savoir le courrier de son ancien employeur du 17 septembre 2024 confirmant que son taux d'activité s'élevait à 100% et que le taux de 60% mentionné dans la déclaration de sinistre était erroné.

Ce nouveau moyen de preuve ne saurait toutefois suffire pour que les conditions d'une révision procédurale soient remplies au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA.

En effet, l'art. 53 al. 1 LPGA pose comme condition que les faits ou moyens de preuve n'aient pas été connus de la personne requérant la révision lors de la procédure principale, malgré toute sa diligence.

Or, au moment où l'intimée a revu à la baisse le montant des indemnités journalières du recourant, en date du 22 mars 2021, ce dernier aurait dû contester cette décision et contacter son ancien employeur en vue d'obtenir les informations pertinentes relatives à son taux d'activité, ce qu'il n'a fait que trois ans plus tard.

Partant, l'on ne saurait considérer que le recourant a fait preuve de toute la diligence requise, si bien que les conditions d'une révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA ne sont pas remplies.

7.3.2 Bien que le recourant ait, dans son recours, explicitement précisé que son courrier du 18 septembre 2024 ne constituait pas une demande de reconsidération, mais une opposition, il appert que celui-ci, tout comme son courrier du 8 février 2024, peut être compris comme une demande de reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA, dès lors qu'il conteste la réduction de l'indemnité journalière décidée par l'intimée en date du 22 mars 2021, en requérant la rectification du montant des indemnités journalières rétroactivement au 1^{er} mars 2021.

Il sied en préambule de rappeler que l'administration n'est pas tenue de reconsidérer les décisions qui remplissent les conditions fixées ; elle en a simplement la faculté et ni l'assuré ni le juge ne peut l'y contraindre. Par conséquent, si l'autorité rend une décision de non-entrée en matière sur une demande de reconsidération présentée par la personne assurée, voire ne rend pas de décision, aucune voie de droit n'est ouverte et le refus d'entrer en matière ne peut pas faire l'objet d'un contrôle en justice (ATF 133 V 50).

Partant, il convient de déterminer si l'intimée est entrée en matière sur la demande de reconsidération du recourant.

Dans sa décision du 23 janvier 2025, l'intimée a considéré que les différents éléments figurant au dossier ne permettaient pas de déterminer si le recourant avait eu un taux d'activité de 100% ou de 60% et a indiqué qu'à défaut de preuves (fiches de salaire ou extraits de compte bancaire), le calcul de l'indemnité journalière ne pouvait pas être revu.

Ce faisant, l'intimée a en réalité déterminé si les conditions d'une reconsidération étaient remplies, en examinant si elle avait commis une erreur manifeste, ce qu'elle estime ne pas être le cas en l'absence d'éléments probants au dossier.

Cette analyse est corroborée par le mémoire de réponse de l'intimée du 8 mai 2025, dans lequel celle-ci indique, au terme d'une analyse des différents éléments pertinents du dossier, qu'elle a rejeté la demande de reconsidération du recourant au motif que sa décision du 22 mars 2021 n'était pas manifestement erronée.

Compte tenu de ce qui précède, il appert que l'intimée est entrée en matière sur la demande de reconsidération du recourant, sans toutefois modifier sa décision du 22 mars 2021. Dès lors, la chambre de céans ne peut qu'examiner, dans le cadre de la présente procédure, si l'intimée a considéré à raison que les conditions d'une reconsidération n'étaient pas remplies.

7.4 La chambre de céans observe en premier lieu que la demande de reconsidération du recourant revêt une importance notable dans la mesure où le montant réclamé représente 40% de l'indemnité journalière initialement octroyée par l'intimée, durant une période de plus de trois ans.

7.4.1 Concernant la condition du caractère manifeste de l'éventuelle erreur commise par l'intimée, le recourant fait grief à cette dernière d'avoir retenu que son taux d'occupation auprès de son ancien employeur était de 60%, au lieu de 100%.

À cet égard, il convient de rappeler que pour déterminer s'il est admissible de reconsidérer une décision au motif qu'elle est manifestement erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue (ATF 141 V 405 consid. 5.2 et la référence).

Partant, le courrier de l'ancien employeur du recourant du 17 septembre 2024, par lequel celui-ci confirme l'avoir engagé à temps plein, ne lui est d'aucun secours, dès lors que l'intimée n'était pas en possession de cette pièce au moment de rendre sa décision du 22 mars 2021.

Il en va de même s'agissant du contrat de travail du recourant du 1^{er} janvier 2020, qui n'a été envoyé à l'intimée qu'en date du 6 octobre 2021, étant précisé que ce document mentionne uniquement que le temps de travail hebdomadaire habituel dans l'entreprise (« *übliche Arbeitszeit* ») est de 45 heures, sans spécifier à quel taux d'occupation le recourant a été engagé.

S'agissant des autres pièces du dossier relatives au taux d'occupation du recourant avant son accident, la chambre de céans relève ce qui suit.

Tout d'abord, la déclaration de sinistre du 26 janvier 2020 remplie par l'ancien employeur du recourant contient des informations contradictoires, dès lors qu'elle fait état d'un taux d'occupation de 60% et de l'exercice d'une activité irrégulière, tout en indiquant que le temps de travail du recourant s'élève à 40 heures par semaine. En outre, à teneur d'une notice téléphonique du 15 avril 2020, le recourant a indiqué à l'intimée qu'il travaillait à 60% chez son employeur dans la mesure où il n'y avait pas encore suffisamment de travail à effectuer. Les

déclarations du recourant à ce sujet lors de son entretien avec le Dr G_____ en date du 29 mars 2022 ne sont pas plus précises.

En outre, les fiches de salaire du recourant des mois de janvier et février 2020 ne fournissent pas de renseignements plus précis sur son taux d'activité. Comme mentionné précédemment, la chambre de céans observe toutefois que les 16 heures d'activité mentionnées sur la fiche de salaire du mois de janvier 2020 plaident davantage en faveur d'un taux d'activité de 60% que d'un temps plein.

L'extrait de compte individuel (ci-après : CI) du recourant ne révèle pas plus d'informations au sujet du taux d'activité du recourant. Contrairement à ce que soutient l'intimée, le montant de CHF 400.- mentionné au titre de revenu pour l'année 2020 ne saurait d'emblée exclure que le recourant ait été engagé à plein temps, étant précisé que ce montant correspond vraisemblablement aux seize heures travaillées par le recourant en janvier (16 x CHF 25.-). Le recourant ayant par la suite perçu des indemnités journalières de l'assurance-accidents, lesquelles ne sont pas soumises aux cotisations sociales, il est normal que seul le montant de CHF 400.- figure au CI pour l'année 2020.

Par conséquent, au vu du caractère contradictoire et sibyllin des informations précitées, il n'est pas possible de retenir que le recourant a été employé à un taux d'activité de 100% de façon indubitable, de sorte que l'intimée n'a pas commis une erreur manifeste en retenant un autre taux d'activité.

7.4.2 La jurisprudence considère que la condition d'erreur manifeste est également réalisée lorsque la décision à reconsidérer a été rendue en fonction d'un état de fait établi de manière incomplète en violation manifeste du principe inquisitoire (art. 43 al. 1 LPGA ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_453/2021 du 6 octobre 2021 consid. 2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_633/2015 du 3 novembre 2015 consid. 3.2 ; Margit MOSER-SZELESS/CASTELLA, *op. cit.*, n. 75 *ad art.* 53).

En l'occurrence, l'on ne saurait considérer que l'intimée a commis une violation manifeste du principe inquisitoire.

En effet, après avoir reçu la déclaration de sinistre de l'ancien employeur du recourant, elle a sollicité de sa part des informations complémentaires, telles que ses dernières fiches de salaire, lesquelles ne démontrent aucunement que le recourant avait un taux d'occupation de 100%.

En outre, au cours d'un entretien téléphonique du 15 avril 2020, le recourant a confirmé à l'intimée qu'il travaillait à 60% chez son employeur dans la mesure où il n'y avait pas encore suffisamment de travail à effectuer.

Partant, l'intimée n'a pas contrevenu à la maxime inquisitoire en considérant que les indemnités journalières du recourant devaient être calculées sur la base d'un taux d'activité de 60%.

Elle était ainsi fondée à rejeter la demande de reconsidération du recourant, dès lors que la condition de l'erreur manifeste n'était pas remplie.

Au vu du pouvoir d'examen restreint de la chambre de céans, qui doit se limiter à vérifier si les conditions d'une reconsidération étaient réunies, il peut être renoncé à l'audition du recourant et à celle du témoin proposé.

- 8.** Compte tenu de ce qui précède, le recours est rejeté.

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA *a contrario*).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière

La présidente

Sylvie CARDINAUX

Eleanor McGREGOR

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