

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1858/2025

ATAS/725/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 19 août 2026

Chambre 8

En la cause

A_____

recourant

représenté par Me Sarah BRAUNSCHEIDT SCHEIDEGGER,
avocate

contre

CAISSE SUPPLETIVE LAA

intimé

Siégeant : Marie-Josée COSTA, présidente suppléante ; Yves MABILLARD, Michael RUDERMANN, juges assesseurs

EN FAIT

A. a. A_____, né le _____ 1990, (ci-après : l'assuré ou le recourant), a été victime d'un accident de la circulation le 9 septembre 2020. Selon le rapport de police du 26 septembre 2020, alors qu'il roulait en trottinette électrique, il avait été heurté par une voiture qui lui avait coupé la route en obliquant à droite, ce qui l'avait fait chuter.

b. Par courrier de son conseil du 7 décembre 2020, l'assuré a contacté la caisse supplétive LAA (ci-après : la caisse ou l'intimée) pour l'informer qu'il avait été employé auprès d'une entreprise du nom de B_____ (ci-après : l'entreprise). Il avait travaillé pour un salaire horaire de CHF 20.-, ce qui représentait entre CHF 2'500.- et 3'000.- par mois. Son employeur ne l'avait pas déclaré, ce qui impliquait qu'il ne bénéficiait pas d'une assurance-accident. Le 9 septembre 2020, il avait été victime d'un accident qui avait provoqué une totale incapacité de travail et la nécessité de traitements médicaux, notamment de la physiothérapie. Il sollicitait la prise en charge des suites de son accident par la caisse et joignait des échanges de messages par WhatsApp (ci-après : les messages) avec son employeur des mois de mai, juin et août 2020 ainsi que le rapport de police du 26 septembre 2020.

c. Par rapport du 23 février 2021, la docteure C_____, spécialiste FMH en médecine générale, a déclaré suivre l'assuré depuis le 23 septembre 2020. Lors de son accident, il était tombé en se réceptionnant sur l'épaule droite ainsi que sur la hanche et le membre inférieur gauche par roulade. Le bilan (thorax, avant-bras droit, épaule droite, colonne lombaire et poignet droit) effectué aux urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) n'avait pas mis en évidence de fracture. L'assuré souffrait toutefois depuis son accident de douleurs multiples au bras et à l'épaule du côté droit ainsi que de lombosciatalgies à gauche. Il avait été traité avec des anti-inflammatoires non stéroïdiens et de la physiothérapie. Malgré les traitements, il souffrait de douleurs lombaires avec irradiation au membre inférieur gauche et en région dorsale, ainsi qu'à l'épaule et au membre supérieur droit. L'IRM du 8 décembre 2020 n'avait pas mis en évidence de lésions traumatiques récentes, mais une petite hernie en L4-L5 en conflit avec la racine L5 gauche. Elle concluait à une totale incapacité de travail.

d. Par courrier du 15 septembre 2021, ALLIANZ SUISSE SOCIÉTÉ D'ASSURANCES SA (ci-après : l'assurance), chargée de régler le sinistre dont la caisse assumait la responsabilité, a pris contact avec D_____ (ci-après : l'employeur), titulaire de l'entreprise, pour obtenir des documents et des informations s'agissant de ses rapports avec l'assuré.

e. Par courrier du 16 septembre 2021, la Dre C_____ a précisé avoir suivi l'assuré du 23 septembre 2020 au 23 février 2021. Elle avait attesté d'une incapacité totale de travail du 11 septembre 2020 au 10 mars 2021.

f. Par envoi du 16 septembre 2021, l'assuré a relancé la caisse, en lui adressant le courrier de la commission paritaire des parcs et jardins Genève (ci-après : la commission), cette dernière invoquant la confidentialité pour refuser de transmettre des informations quant au contrôle effectué dans l'entreprise.

g. Par rapport du 15 octobre 2021, E_____, physiothérapeute, a expliqué avoir suivi l'assuré du 28 septembre au 9 novembre 2020 pour d'importantes douleurs de l'épaule droite, de la colonne lombosacrée, du bassin et du membre inférieur gauche. Le traitement avait amélioré l'état de santé plus au niveau de l'épaule droite que de la colonne et du membre inférieur gauche. Il aurait fallu poursuivre le traitement, mais l'assuré craignait de ne pas pouvoir régler les factures, la facture initiale n'ayant pas été payée par l'assurance.

h. Par courriel du 28 octobre 2021, puis par courriers des 8 novembre et 8 décembre 2021, la caisse a relancé l'employeur, ce sans succès.

i. De son côté, par l'intermédiaire de son conseil, l'assuré a interpellé la caisse par courrier du 5 novembre 2021 considérant l'absence de réponse comme un déni de justice. Il rappelait sa précarité financière résultant de son incapacité de travail et lui fixait un délai au 4 décembre 2021, date après laquelle il serait contraint d'agir en justice à défaut de nouvelles.

j. Par décision du 10 février 2022, la caisse a refusé de prêter invoquant que l'existence d'une relation de travail n'était pas prouvée. Il n'y avait pas de contrat de travail écrit et les salaires étaient payés en espèces. Vu le peu d'informations sur l'employeur et les recherches infructueuses, elle avait fait appel à un enquêteur, ce qui n'avait rien donné. Les courriels, courriers et recommandés étaient restés sans réponse et personne n'avait ouvert la porte à l'enquêteur à l'adresse de l'employeur annoncé. La caisse de compensation n'avait enregistré aucune activité indépendante depuis 2019 au nom du supposé employeur. À défaut de preuve de relation contractuelle au moment de l'accident, il n'y avait donc pas de couverture d'assurance-accident.

k. Par envoi du 14 mars 2022, l'assuré a formé opposition concluant à l'annulation de la décision et à l'octroi de toutes les prestations relevant de l'assurance-accident. Il faisait en particulier valoir que l'instruction effectuée était lacunaire et qu'un contrat de travail existait, ce qui était établi par les messages échangés et son carnet de bord produit en annexe recensant les jours, les lieux et la rémunération obtenue quand il travaillait pour l'employeur. Sa compagne avait par ailleurs rencontré son employeur à deux reprises et ses amis savaient également qu'il travaillait pour ce dernier. Ces personnes pouvaient dès lors être entendues si nécessaire. Enfin, un contrôle avait été effectué par la commission auprès de l'entreprise en mai 2020.

l. Par envoi du 16 mars 2022, l'assuré a communiqué trois photographies où on le voyait devant et à l'intérieur de la camionnette de l'employeur, deux étaient datées du 7 janvier sans précision de l'année.

m. Par courriel du 22 avril 2022, l'assurance a interpellé l'assuré pour savoir pour quelle raison le carnet de bord n'avait pas été produit plus tôt. Il lui était également demandé si toutes les heures de travail y étaient retranscrites et s'il avait travaillé pour une autre compagnie de déménagement en parallèle.

n. Par envoi du 14 juin 2022, le conseil de l'assuré a expliqué ne pas lui avoir demandé dans un premier temps s'il avait noté ses heures de travail. L'assuré n'avait pas pensé à lui transmettre spontanément le carnet de bord. Ce dernier avait dû par ailleurs le récupérer car il avait dû évacuer rapidement son appartement et ne le trouvait plus. Il avait dès lors été transmis quand il avait pu le retrouver. Toutes les heures effectuées pour l'employeur avaient été notées, il n'avait pas travaillé en juin et juillet 2020 car son employeur n'était pas présent à Genève. Il avait uniquement travaillé pour l'employeur. Depuis le 1^{er} avril 2022, il avait trouvé une nouvelle activité professionnelle.

o. Par courriers du 22 juillet 2022, puis du 24 novembre 2022, l'assurance a interpellé la commission qui a refusé de répondre, les informations ressortant des contrôles étant confidentielles.

p. Par envoi du 28 février 2023, l'assuré a communiqué à l'assurance copie de la demande en paiement introduite en conciliation contre l'employeur devant le Tribunal des Prud'hommes le jour même. Celle-ci faisait notamment état d'une activité pour l'employeur à compter de mars 2019 pour un salaire horaire de CHF 15.-. Elle portait sur un montant de CHF 22'876.95, réclamé à titre de solde de salaire dû en application de la convention collective de travail et de versement d'indemnités journalières contre les accidents ou la maladie.

q. Sur demande de la caisse, l'assuré lui a transmis copie du procès-verbal d'audience du 9 mai 2023 l'autorisant à procéder. Il était précisé que l'employeur avait remis une attestation de travail.

r. À la suite des échanges avec l'assurance, par courriel du 2 octobre 2024, la commission a répondu que le travail contrôlé le 8 mai 2020 dans l'entreprise s'apparentait à du travail au noir. Selon les informations recueillies, l'assuré n'aurait travaillé qu'une demi-journée à l'essai. Le courrier de l'employeur du 27 novembre 2020 était transmis. Dans celui-ci, l'employeur expliquait travailler seul la plupart du temps. Lorsqu'il avait du travail plus complexe, il faisait appel à des jeunes d'une association, ce qui arrivait deux à trois fois par année. En mai, pendant la première vague de Covid-19, un ami lui avait recommandé l'assuré avec qui il avait travaillé une demi-journée. Il l'avait payé CHF 150.- conformément à la quittance annexée à son courrier. À la suite du contrôle, au vu de l'absence de permis de séjour, il avait mis fin à leur collaboration. Il s'agissait du troisième contrôle depuis qu'il était indépendant. Lors des précédents contrôles, il n'y avait jamais eu d'employé en situation irrégulière.

s. Par courriel du 9 octobre 2024, l'assurance a proposé une transaction. En substance, elle constatait qu'il y avait des indices d'une activité de plus de huit

heures par semaine en mai et juin 2020, mais il n'était pas prouvé que l'assuré aurait travaillé peu avant l'accident en particulier en août et septembre 2020. Il était donc proposé un montant de CHF 2'000.- pour solde de tout compte et retrait de l'opposition.

t. Par décision sur opposition du 22 avril 2025, la caisse a maintenu son refus de prestations en invoquant l'absence de toute couverture d'assurance. Elle retenait que l'accident du 9 septembre 2020 était non professionnel. La personne annoncée comme employeur avait ignoré à plusieurs reprises ses demandes de contact. Les personnes dont il était proposé l'audition avaient une relation plus ou moins amicale avec l'assuré, de sorte qu'elles ne pourraient pas apporter un témoignage impartial et indépendant. Les photographies produites n'étaient pas datées et l'attestation transmise ne mentionnait pas le nombre d'heures de travail. L'assuré n'avait produit son carnet de bord qu'après le refus de couverture et sur demande de son conseil. Il n'existait pas de messages après août 2020. Lesdits messages contredisaient les éléments mentionnés dans le carnet de bord et les allégations de l'assuré quant à ses jours de travail. L'employeur était en vacances en août selon les messages. Elle concluait qu'il était plus que probable que l'assuré n'ait pas travaillé en août ou/et en septembre 2020.

- B. a. Par acte du 27 mai 2025, l'assuré a interjeté recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) contre la décision sur opposition du 22 avril 2025 en concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement à son audition et à celle de témoins ainsi qu'à ce qu'il soit ordonné à la commission de transmettre l'intégralité du dossier résultant du contrôle effectué. Au fond, il demandait l'annulation de la décision litigieuse, la constatation de son obligation d'être assuré contre les accidents professionnels et non professionnels et la condamnation de la caisse à lui verser toutes les prestations dues à la suite de son accident du 9 septembre 2020. Il relevait avoir été employé dès mars 2019 par l'employeur. Il travaillait fréquemment avec un collègue dénommé « F_____ » qui collaborait toujours avec l'employeur. Il avait été rémunéré à hauteur de CHF 15.- l'heure. Il indiquait avoir reçu différents montants selon les heures effectuées de mars 2019 à septembre 2020, hormis pour les mois de décembre 2019, juin et juillet 2020, ce qui représentait un montant total de CHF 20'133.- pour un total de 1'383 heures de travail conformément à son carnet. Il n'était pas rémunéré lorsque son employeur était en vacances et ne travaillait que pour lui. Il souffrait encore de douleurs au niveau du dos, étant précisé que n'ayant pas été assuré et vu sa situation financière, il avait été contraint de mettre précipitamment fin à ses soins. Son conseil avait tenté à plusieurs reprises de demander à son employeur d'annoncer son accident, ce sans obtenir de réponse. Il avait également essayé en vain d'obtenir le dossier et l'intervention de la commission comme organe de conciliation extrajudiciaire. L'argumentation de l'intimée était infondée car le fait que son employeur ait été en vacances en août ne l'empêchait pas de travailler. Le message du 2 août 2020

quant à son absence d'activité se référait manifestement au mois de juillet 2020. En tout état de cause, il y avait un contrat de travail et dès lors une obligation d'être assuré contre les accidents. Le dossier avait par ailleurs été insuffisamment instruit.

b. Interpellée, l'intimée a conclu au rejet du recours par acte du 25 juin 2025. Elle avait procédé à l'appréciation des preuves au dossier, ce qui l'avait conduite à nier la valeur du carnet dont les données étaient contredites par les messages WhatsApp. Il n'était pas prouvé que le recourant avait travaillé ou touché un salaire en août et septembre 2020, ce qui impliquait l'absence de couverture d'assurance.

c. Par envoi du 14 novembre 2025, le recourant a informé la chambre de céans avoir conclu un accord avec son employeur. En substance, l'employeur avait admis une activité à concurrence d'au moins quatorze heures par semaine et une échéance du délai de congé au 31 août 2020 vu le licenciement donné début juillet 2020. L'employeur avait par ailleurs accepté de verser une indemnité à titre de complément de salaire pour les mois de février à août 2020. Le recourant produisait la convention datée du 14 novembre 2025 et un certificat de travail de l'employeur du 25 octobre 2025 attestant d'une activité sur appel de janvier à août 2020. La convention et l'attestation étaient jointes.

d. Par acte du 1^{er} décembre 2025, l'intimée a soutenu sa position. La convention transactionnelle du 14 novembre 2025 ne permettait pas d'établir la preuve d'une couverture d'accident non professionnel au moment de l'accident. La moyenne de quatorze heures par semaine n'était reconnue par l'employeur que de février à juin 2020. Il n'était pas établi que le recourant avait travaillé en juillet ou août 2020. Le recourant travaillait sur appel et était rémunéré à l'heure. Pour les mois de juillet et août 2020, le recourant n'avait pas perçu de salaire, ce qui signifiait qu'il n'avait pas travaillé. L'indemnité brute convenue ne permettait pas de calculer les heures indemnisées pour juillet et août 2020. La prolongation de couverture de par la loi ne valait que pour le type d'assurance existant lors de l'activité. Or, le recourant avait travaillé jusqu'à juin 2020, la prolongation pour les accidents non professionnels s'était donc arrêtée au 31 juillet 2020. Par ailleurs, la convention avait été conclue en novembre 2025, soit après la notification de sa décision et cinq ans après la période litigieuse, de sorte qu'elle ne pouvait plus demander la prime spéciale à l'employeur, ce qui ne pouvait échapper aux parties représentées par des avocats. Il n'était donc pas exclu que la convention n'ait été conclue que pour permettre une couverture contre les accidents.

e. Par écriture du 19 décembre 2025, le recourant a persisté. Il a en substance relevé que les éléments au dossier et la convention établissaient qu'il avait perçu un salaire pour les mois de juillet et août 2020. La problématique des primes spéciales relevait de la responsabilité de l'intimée, étant précisé qu'elle pouvait

toujours rendre une décision dans le délai de cinq ans ou se prévaloir de la prescription pénale.

f. Par détermination du 8 janvier 2026, l'intimée a maintenu sa position.

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 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.

1.3 Interjeté dans la forme et le délai – compte tenu des fêtes (du 7^{ème} jour avant Pâques au 7^{ème} jour après Pâques inclusivement) - prévus par la loi, le recours est recevable (art. 38 al. 2bis et al. 4 let. a et 56 ss LPGA ainsi que 62 ss de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

2. En l'espèce, le litige porte sur l'existence d'une couverture d'assurance pour les accidents non professionnels au moment de l'accident.

3. L'assurance produit ses effets dès le jour où débute le rapport de travail ou dès que naît le droit au salaire, mais en tout cas dès le moment où le travailleur prend le chemin pour se rendre au travail (art. 3 al. 1 1^{re} phr. LAA). L'assurance cesse de produire ses effets à la fin du 31^e jour qui suit le jour où prend fin le droit au demi-salaire au moins (art. 3 al. 2 *ab initio* LAA).

4.

4.1.1 Sont réputés salaire, au sens de l'art. 3 al. 2 LAA le salaire déterminant au sens de la législation fédérale sur l'AVS (let. a), les indemnités journalières de l'assurance-accidents obligatoire, de l'assurance militaire, de l'assurance-invalidité et celles des caisse-maladie et des assurances-maladie et accidents privées, qui sont versées en lieu et place du salaire, les allocations au titre de la loi fédérale sur les allocations pour perte de gain en cas de service et de maternité du 25 septembre 1952 (loi sur les allocations pour perte de gain, LAPG - RS 834.1), de même que les allocations d'une assurance-maternité cantonale (let. b), les allocations familiales qui, au titre d'allocation pour enfants ou d'allocation de formation ou de ménage, sont versées conformément aux

usages locaux ou professionnels (let. c), les salaires sur lesquels aucune cotisation de l'AVS n'est perçue en raison de l'âge de l'assuré (let. d ; art. 7 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 - OLAA - RS 832.202). Ne comptent pas comme salaire les indemnités versées en cas de résiliation des rapports de travail, lors de la fermeture ou de la fusion d'entreprise, ou dans des circonstances analogues (let. a), les rémunérations telles que gratifications, primes de Noël, participations au résultat de l'exploitation, actions distribuées au personnel, tantièmes et primes de fidélité ou d'ancienneté (let. b ; art. 7 al. 2 OLAA).

4.2 Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la prolongation de la couverture d'assurance a pour but d'empêcher qu'une personne ne soit plus couverte pour les accidents non professionnels au terme des rapports de travail si elle ne commence pas immédiatement une activité à ce moment-là. Sitôt une nouvelle couverture d'assurance en vigueur, la nouvelle assurance répond du sinistre même si l'accident survient durant la période d'assurance prolongée, car cette dernière n'est plus nécessaire (arrêt du Tribunal fédéral 8C_338/2019 du 8 mai 2020 consid. 7.1 ; Jean-Maurice FRÉSARD/Margit MOSER-SZELESS, op. cit., n. 38 p. 907 s.). Cela se justifie aussi par le fait que durant la période d'assurance prolongée, aucune prime n'est due à l'assureur-accidents dont la couverture d'assurance se prolonge de 30 jours après la fin du droit au demi-salaire au moins (ATF 127 V 458 consid. 2 b/ee p. 462 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_338/2019 du 8 mai 2020 consid. 7.1).

5.

5.1 La Commission ad hoc sinistres LAA (ci-après : la commission ad hoc), dans laquelle plusieurs assureurs-accidents sont représentés, a été créée afin que les divers organismes appliquent la loi de façon uniforme. Elle émet dans ce but des recommandations. Ces recommandations ne sont ni des ordonnances administratives, ni des directives de l'autorité de surveillance aux organes d'exécution de la loi. Elles ne créent pas de nouvelles règles de droit. Même si elles ne sont pas dépourvues d'importance sous l'angle de l'égalité de traitement des assurés, elles ne lient pas le juge (ATF 139 V 457 consid. 4.2).

5.2 Selon la recommandation pour l'application de la LAA et de l'OLAA de la commission ad hoc n°2/12 (fin de l'assurance en cas de perte du salaire ; art. 3 al. 2 LAA et 7 al. 1 let b OLAA) du 28 juin 2012, révisée le 1^{er} janvier 2017, le droit au demi-salaire ou à une demi-compensation du salaire au moins doit naître au plus tard le 32^e jour après l'expiration du dernier jour de droit au salaire, sinon l'assurance prend fin à l'expiration du 31^e jour. L'existence d'un droit au salaire est déterminante et non le versement effectif de salaires ou la résiliation des rapports de travail (n. 4 § 1). La couverture d'assurance éteinte ne redéploie pas automatiquement ses effets ultérieurement (par exemple en cas de rechute ou de droit ultérieur à une compensation de salaire à hauteur d'un demi-salaire au

moins), mais uniquement le jour où le travailleur commence ou où il existe un droit au salaire (n. 4 § 3).

6.

6.1 Les travailleurs occupés à temps partiel au sens de l'art. 7 al. 2 LAA ne sont pas assurés contre les accidents non professionnels (art. 8 al. 2 LAA). Les accidents qui se produisent sur le trajet que l'assuré doit emprunter pour se rendre au travail ou pour en revenir sont aussi réputés accidents professionnels pour les travailleurs occupés à temps partiel dont la durée de travail n'atteint pas un minimum qui sera fixé par le Conseil fédéral (art. 7 al. 2 LAA). Les travailleurs à temps partiel occupés chez un employeur au moins huit heures par semaine sont également assurés contre les accidents non professionnels (art. 13 al. 1 OLAA).

6.2 La recommandation pour l'application de la LAA et de l'OLAA de la commission ad hoc n° 7/87 (employés occupés à temps irrégulier ; art. 8 al. 2 LAA et 13 al. 1 OLAA) du 4 septembre 1987, révisée les 17 novembre 2008 et 5 avril 2019, traite de la manière de déterminer si les employés occupés à temps irrégulier doivent être considérés comme travaillant au moins huit heures par semaine et sont partant également assurés contre les accidents non professionnels.

7.

7.1 Par le contrat individuel de travail, le travailleur s'engage, pour une durée déterminée ou indéterminée, à travailler au service de l'employeur et celui-ci à payer un salaire fixé d'après le temps ou le travail fourni (salaire aux pièces ou à la tâche ; art. 319 al. 1 de la loi fédérale du 30 mars 1911 complétant le Code civil suisse - CO, Code des obligations - RS 220). Est aussi réputé contrat individuel de travail le contrat par lequel un travailleur s'engage à travailler régulièrement au service de l'employeur par heures, demi-journées ou journées (travail à temps partiel ; art. 319 al. 2 CO).

Si l'employeur empêche par sa faute l'exécution du travail ou se trouve en demeure de l'accepter pour d'autres motifs, il reste tenu de payer le salaire sans que le travailleur doive encore fournir son travail (art. 324 al. 1 CO).

7.2 Le contrat peut être résilié pour la fin d'un mois moyennant un délai de congé d'un mois pendant la première année de service, de deux mois de la deuxième à la neuvième année de service, de trois mois ultérieurement (art. 335c al. 1 CO). Ces délais peuvent être modifiés par accord écrit, contrat-type de travail ou convention collective ; des délais inférieurs à un mois ne peuvent toutefois être fixés que par convention collective et pour la première année de service (art. 335c al. 2 CO).

7.3 On distingue le travail sur appel proprement et improprement dit : dans le contrat de travail sur appel proprement dit, l'horaire et la durée du temps de travail sont fixés unilatéralement par l'employeur en fonction de ses besoins et le travailleur doit se tenir à disposition de celui-ci. En revanche, dans le contrat de travail sur appel improprement dit, le travailleur a le droit de refuser une

mission proposée par l'employeur (arrêt du Tribunal fédéral 8C_318/2014 du 21 mai 2015 consid. 5.1 et les références citées).

En soi, le travail sur appel n'est pas interdit par la loi (ATF 125 III 65 consid. 3b ; 124 III 249 consid. 2a). Il n'en demeure pas moins que cette forme de travail doit respecter les dispositions légales impératives (art. 361 et 362 CO ; ATF 125 III 65 consid. 3b) et qu'elle peut, le cas échéant, être incompatible avec les clauses normatives d'une convention collective de travail (ATF 124 III 249 consid. 2b). L'une des limites au travail sur appel se rencontre en cas de diminution brutale du volume mensuel de travail, laquelle peut notamment vider de sa substance la protection impérative liée au délai de congé fixé à l'art. 335c CO (ATF 125 III 65 consid. 4b/aa). En effet, même si, par définition, le volume du travail sur appel varie selon les circonstances, l'employeur – qui supporte le risque d'entreprise selon la règle impérative de l'art. 324 al. 1 CO – ne peut pas refuser d'un jour à l'autre les services du travailleur et le priver subitement de toute rémunération (art. 326 CO) ; jusqu'à l'échéance du délai de congé, le travailleur a donc droit à son salaire, calculé sur la base de la moyenne des rémunérations perçues pendant une période déterminée équitablement (ATF 125 III 65 consid. 5), et la personne salariée ne peut pas y renoncer en tout cas pendant la durée du contrat (art. 362 et 341 al. 1 CO ; Anne MEIER in Luc THÉVENOZ/Franz WERRO, Commentaire romand, Code des obligations I, art. 1-529, 3e éd., 2021, n. 23 ad art. 319). Cette jurisprudence n'est valable que pour le travail sur appel proprement dit (arrêt du Tribunal fédéral 8C_641/2022 du 3 février 2022 consid. 5.2 et 5.3).

8. En présence de deux versions différentes et contradictoires d'un état de fait, la préférence doit être accordée en général à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques (règle dite des « *premières déclarations* » ou déclarations de la première heure), les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 142 V 590 consid. 5.2 ; 121 V 45 consid. 2a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_238/2018 du 22 octobre 2018 consid. 6).
9. 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 ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 139 V 176 consid. 5.3 et les références). Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi

n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

10. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).
11. En l'espèce, l'intimée retient qu'à la date de l'accident, soit le 9 septembre 2020, le recourant n'était plus couvert par l'assurance-accidents obligatoire pour les accidents non professionnels car il avait travaillé uniquement jusqu'à fin juin 2020, dernière activité qui justifiait un salaire. Il en résultait que la prolongation de la couverture d'assurance avait donc pris fin au plus tard le 31 juillet 2020. Le recourant conteste cette position et affirme que la convention confirme qu'il a touché un salaire pour les mois de juillet et août 2020.
12. Il convient donc d'examiner comment doit être appliqué l'art. 3 al. 2 LAA dans le contexte particulier du contrat de travail avec horaire irrégulier du recourant.

Il ressort de l'art. 3 al. 2 LAA qu'est déterminante pour le départ du délai de prolongation de la couverture d'assurance la fin du droit au demi-salaire au moins. En se référant au droit au salaire, l'art. 3 al. 2 LAA renvoie aux dispositions du CO en matière de contrat de travail. Il s'agit donc d'examiner quand le droit au salaire du recourant s'est éteint en vertu du droit du travail.

En l'occurrence, il n'y avait pas de contrat de travail écrit, mais il est désormais admis que l'employeur et le recourant étaient liés par un contrat de travail oral.

La chambre de céans doit établir les faits qui semblent les plus vraisemblables au vu des différents éléments au dossier s'agissant uniquement de la période pertinente pour le litige.

Ainsi, dans le cadre de sa déclaration de sinistre à l'intimée, le recourant a transmis des messages qui sont datés des mois de mai, juin et août 2020.

Par la suite, il a communiqué un carnet de bord confirmant à l'intimée y avoir noté toutes ses heures d'activité pour l'employeur et ne pas avoir travaillé les mois de juin et de juillet 2020 car son employeur était absent de Genève, ce qu'il a également confirmé dans sa demande en paiement devant le Tribunal des prud'hommes et dans son écriture du 14 juin 2022.

Il ressort effectivement du carnet de bord du recourant qu'aucune heure n'a été inscrite pour les mois de juin et juillet 2020.

Toutefois, les messages établissent une activité pour le mois de juin 2020, ces derniers attestant de rendez-vous pour du travail pour l'employeur.

La chambre de céans relèvera que, pour la date du 8 mai 2020, date du contrôle de la commission, le recourant n'a aucune activité notée dans son carnet de bord.

De même, le recourant a inscrit des heures d'activité pour le mois de septembre 2020 alors qu'il a reconnu par convention transactionnelle que le contrat de travail avait pris fin le 31 août au vu du licenciement oral réalisé au début du mois de juillet 2020.

Il sera donc constaté, à l'instar de l'intimée, que les données du carnet de bord sont contredites par les autres éléments au dossier, de sorte qu'il ne peut pas servir à établir l'activité du recourant.

Dans la convention transactionnelle, l'employeur a reconnu que le recourant avait travaillé plus de quatorze heures par semaine en moyenne de février à juin 2020 hors période de confinement.

Par conséquent, la chambre de céans retiendra que le recourant a travaillé durant le mois de juin pour l'employeur, ce qui d'ailleurs est admis par l'intimée.

Reste à déterminer l'existence ou non d'une activité pour les mois de juillet et août 2020 et l'implication quant au droit au salaire.

Dans son mémoire du 27 mai 2025 et son écriture du 14 juin 2022, le recourant a indiqué ne pas être rémunéré quand son employeur était en vacances. Dans le cadre de son mémoire, il développait que le message du 2 août 2020 où il sollicitait une avance à l'employeur car il n'avait pas travaillé « *ce mois-ci* » faisait manifestement référence au mois de juillet 2020.

Par ailleurs, dans la demande en paiement formée devant le Tribunal des prud'hommes, le recourant a également reconnu ne pas avoir travaillé en juillet 2020.

À ce stade, la chambre de céans rappellera que le recourant n'a produit aucun message datant du mois de juillet.

La convention ne fait pas état d'une activité au mois de juillet 2020. Il en va de même pour le mois d'août 2020, étant précisé que les messages d'août produits permettent de conclure que l'employeur est toujours absent puisque le recourant lui demande comment se passent ses vacances.

Or, dans ses premières déclarations, il a expliqué ne pas travailler quand son employeur était absent.

Toutefois, comme le stipulent les dispositions légales, c'est le droit au demi-salaire qui détermine la fin de la couverture.

Or, en application de la jurisprudence précitée, la chambre de céans retiendra que les parties étaient liées par un contrat de travail sur appel proprement dit.

En effet, selon les éléments au dossier, il est établi que le recourant travaillait sur appel comme l'atteste d'ailleurs le certificat de travail d'octobre 2025. Au regard des messages produits, l'horaire et la durée du temps de travail étaient fixés unilatéralement par l'employeur en fonction de ses besoins et de ses présences. Par ailleurs, le recourant se tenait manifestement à sa disposition, les rendez-vous pour du travail étant fixés quasiment au jour le jour sans que le recourant les ait refusés une seule fois.

Par conséquent, le recourant avait le droit au salaire, ceci indépendamment de l'existence ou non d'une diminution brutale du volume mensuel de travail, ce qui est d'ailleurs confirmé par la convention transactionnelle qui prévoit que l'indemnité est versée à titre de complément de salaire pour la période de février à août 2020.

La couverture LAA s'est dès lors prolongée jusqu'à la fin du 31^e jour qui a suivi. Il en découle qu'au moment de l'accident, le 9 septembre 2020, le recourant était couvert.

Cependant, le recourant ayant été victime d'un accident non professionnel, ce qu'il n'a pas contesté, il reste à déterminer s'il était couvert également pour les accidents non professionnels au vu de son activité sur appel.

Selon la convention transactionnelle, le contrat de travail s'est écoulé de février à août 2020.

Dans cette dernière, l'employeur a reconnu une activité de plus de quatorze heures par semaine en moyenne de février à juin 2020, hors période du 16 mars au 19 avril 2020, soit la période de confinement, ce qui n'a pas été contesté par l'intimée. Cette dernière s'est en effet limitée à nier l'existence d'une activité les mois de juillet à septembre 2020.

Il en résulte sur un total de 30 semaines de contrat :

- quatre semaines à plus de quatorze heures de travail du 3 au 29 février ;
- deux semaines à plus de quatorze heures de travail du 2 au 15 mars ;
- cinq semaines d'inactivité du 16 mars au 19 avril ;
- deux semaines à plus de quatorze heures de travail du 20 au 3 mai ;
- quatre semaines à plus de quatorze heures de travail du 4 au 31 mai ;
- cinq semaines à plus de quatorze heures de travail du 1^{er} juin au 5 juillet ;
- huit semaines sans activité pour les mois de juillet et août 2020.

Il y a donc lieu de retenir que le recourant a eu 17 semaines d'activité et treize sans activité.

En application de la recommandation 7/87, il y a donc lieu de tenir compte uniquement des semaines où le recourant a travaillé puisque les semaines où le recourant a travaillé sont prépondérantes.

Au total, le recourant a dès lors à tout le moins cumulé quatorze heures de travail par semaine ou 238 huit heures $(14 \times 4) + (2 \times 14 \times 2) + (14 \times 4) + (14 \times 5)$ de travail sur 17 semaines.

Le taux minimal de huit heures par semaine est par conséquent atteint et le recourant bénéficie de la couverture pour l'accident non professionnel du 9 septembre 2020.

- 13.** Eu égard à ce qui précède, la décision de l'intimée n'est pas conforme au droit.

L'intimée ayant appuyé son refus de prestations sur un défaut de couverture, elle n'a notamment pas instruit le volet médical.

Il y a donc lieu d'annuler la décision litigieuse et de lui renvoyer la cause pour déterminer si les autres conditions à la prise en charge des suites de l'accident du 9 septembre 2020 sont réalisées.

- 14.** Vu l'issue du litige, une indemnité de CHF 2'500.- sera allouée au recourant à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA et 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 - RFPA - E 5 10.03).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA en lien avec l'art. 1 al. 1 LAA).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision sur opposition du 22 avril 2025.
4. Dit que le recourant est couvert contre le risque d'accident non professionnel pour l'événement du 9 septembre 2020.
5. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. 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 suppléante

Pascale HUGI

Marie-Josée COSTA

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