

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1977/2025

ATAS/738/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 30 septembre 2025

Chambre 10

En la cause

A _____

recourant

contre

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

intimée

**Siégeant : Joanna JODRY, présidente ; Christine TARRIT-DESHUSSES et
Andres PEREZ, juges assesseurs.**

EN FAIT

- A.** **a.** B_____ SA (ci-après : l'entreprise) a été inscrite au registre du commerce du canton de Genève le 28 octobre 2021. Son siège social a été modifié le 18 juillet 2024 et a été transféré à rue C_____ D_____, c/o E_____, nouveau membre du conseil d'administration avec signature individuelle (cf. Feuille officielle suisse du commerce [ci-après : FOSC] du 15 juillet 2024). La société a changé de raison sociale et de siège, et est devenue F_____ SA, avec une adresse à l'avenue G_____ à H_____ (cf. Feuille officielle suisse du commerce [ci-après : FOSC] du 4 avril 2025). À cette occasion, les pouvoirs de E_____ ont en outre été radiés. F_____ SA laquelle a été dissoute par suite de faillite par jugement du Tribunal de première instance du 5 mai 2025 (FOSC du 16 mai 2025).
- b.** Par déclaration d'accident du 29 octobre 2024, l'entreprise a annoncé à la SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : SUVA) que son collaborateur, A_____ (ci-après : l'intéressé), né le _____ 2000, engagé le 1^{er} juillet 2024, avait été victime d'une chute à vélo le 4 juillet 2024 en se rendant sur un chantier et s'était « fait mal au côté droit ». Il présentait des contusions au dos et à la hanche.
- c.** Le 5 novembre 2024, l'intéressé a transmis à la SUVA plusieurs certificats d'arrêt de travail établis par le docteur I_____, médecin auprès de l'Institut médico-chirurgical de J_____, pour la période courant du 4 juillet au 22 septembre et du 22 octobre au 28 novembre 2024.
- d.** Le 7 novembre 2024, la SUVA a demandé à l'entreprise des informations concernant le salaire de l'intéressé.
- e.** Dans un rapport du 13 novembre 2024, le docteur K_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur à l'Institut médico-chirurgical de J_____, a indiqué à la SUVA qu'il avait été consulté les 5 et 13 novembre 2024, qu'il avait retenu le diagnostic de contusion dorso-lombaire, que des radiographies pratiquées le 7 novembre 2024 n'avaient pas révélé de lésion traumatique franche. Il a rappelé que l'intéressé était en arrêt de travail à 100% depuis l'accident de juillet jusqu'au 28 novembre 2024, et a préconisé une reprise à 50% dès le mois de décembre 2024. Il a prescrit une première ordonnance de physiothérapie.
- f.** Le 20 novembre 2024, la SUVA a sollicité des informations complémentaires auprès du Dr I_____.
- g.** Par courriel du 21 novembre 2024, l'intéressé s'est plaint auprès de la SUVA que son employeur ne faisait pas les choses correctement, puisqu'il n'avait pas communiqué son salaire ni précisé qu'il s'agissait d'un accident ordinaire.
- h.** Le 6 décembre 2024, l'intéressé a communiqué à la SUVA sa nouvelle adresse et lui a transmis son bulletin de salaire du mois de juillet 2024.

i. Le même jour, l'intéressé a complété un formulaire de la SUVA, indiquant qu'il s'était blessé à la fesse et au haut du dos à droite lors de sa chute à vélo, qu'il était encore en incapacité de travail, que le traitement était terminé mais qu'une reprise du travail n'était pas prévue. Il avait annulé son rendez-vous du 28 novembre 2024 avec le Dr I_____ car il se sentait mieux.

j. Par courrier du 19 décembre 2024 adressé à l'intéressé à son adresse telle que mentionnée dans la déclaration d'accident, la SUVA lui a demandé copies de sa pièce d'identité, de son autorisation de séjour, de sa carte d'assurance-maladie, de ses certificats de revenus pour 2023, de ses fiches de salaires pour les mois de janvier à juin 2024, et de sa déclaration fiscale 2023.

Cette lettre a été reçue en retour par la SUVA avec la mention « Adresse inconnue ».

k. Parallèlement, elle lui a envoyé, à la dernière adresse annoncée par l'intéressé, un questionnaire à remplir.

l. Le même jour, elle a demandé à l'entreprise de lui transmettre le contrat de travail de l'intéressé, ses fiches de salaires 2024, le contrôle des présences ou relevés détaillés des heures travaillées, l'extrait du compte postal ou bancaire sur lequel les salaires avaient été versés, l'annonce de l'engagement et du salaire à l'institution de prévoyance professionnelle, les coordonnées de l'assureur perte de gain maladie.

m. Le 20 décembre 2024, la SUVA a adressé un questionnaire au Dr I_____.

n. Par courriel du 2 janvier 2025, la SUVA a demandé à l'intéressé de lui communiquer une adresse de correspondance valable et une attestation de domicile. Elle a joint son courrier de demande d'information du 19 décembre 2024.

o. Sur demande de la SUVA, l'office cantonal des assurances sociales lui a transmis le relevé de compte individuel de l'intéressé, dont il ressort des revenus versés par une première société durant les mois de novembre et décembre 2020, par un deuxième employeur de mars à décembre 2021, par une troisième entité de mars à juillet 2022, et par une quatrième société d'octobre 2023 à mars 2024. L'entreprise n'apparaît pas sur ledit document.

p. Le 8 janvier 2025, la SUVA a reçu de l'intéressé son questionnaire, signé le 26 décembre 2024, indiquant qu'il était tombé à vélo sur le dos et qu'il n'y avait pas eu de témoins. Le traitement était terminé et il était à nouveau apte à travailler depuis le 6 janvier 2025.

q. Par courrier du 13 janvier 2025, la SUVA a rappelé à l'intéressé qu'elle était toujours dans l'attente des pièces sollicitées le 19 décembre 2024.

r. Le même jour, elle a également attiré l'attention de l'entreprise sur son obligation de collaborer et lui a imparti un délai pour lui remettre les documents demandés.

s. Le 28 janvier 2025, elle a adressé une relance au Dr I_____.

t. Le 30 janvier 2025, elle a demandé à ce médecin de remplir le certificat médical.

u. En date du 3 février 2025, la SUVA a informé l'intéressé que l'entreprise n'avait pas donné suite à sa demande d'information et lui a accordé un délai pour lui communiquer les pièces demandées, à lui-même et à l'entreprise.

v. Copie de ce courrier a été envoyé à l'intéressé par courriel le 24 février 2025.

w. Le 11 février 2025, la SUVA a relancé l'entreprise.

B. a. Par décision du 3 mars 2025, la SUVA a nié le droit de l'intéressé à toute prestation, au motif qu'il n'était pas prouvé, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'il était engagé auprès de l'entreprise lors de l'événement du 4 juillet 2024, événement dont la véracité prêtait à questionnement compte tenu de l'annonce tardive et de plusieurs contradictions flagrantes, qu'elle a détaillées.

b. Le 24 mars 2025, l'intéressé a formé opposition à l'encontre de cette décision. Il n'avait pas reçu à son adresse la lettre lui demandant des pièces complémentaires et son ancien patron n'avait pas fait le nécessaire. Il n'avait pas de permis de séjour, ni d'assurance-maladie, ni de contrat de bail à son nom.

Il a annexé des copies de son passeport, de sa fiche de salaire du mois de juillet 2024, de ses certificats de salaire concernant l'activité déployée entre les mois d'octobre 2023 et mars 2024, et de son contrat de travail avec l'entreprise, daté du 27 juin 2024 et mentionnant une entrée en fonction le 2 juillet 2024.

c. Par décision sur opposition du 25 avril 2025, la SUVA a confirmé sa décision du 3 mars 2025. Il ressortait de l'instruction du dossier de nombreux éléments l'amenant à douter tant de la couverture d'assurance que de la survenance d'un événement le 4 juillet 2024. Ainsi, le sinistre n'avait été annoncé que le 29 octobre 2024, malgré une incapacité de travail depuis l'accident jusqu'au 28 novembre 2024. Les certificats d'incapacité de travail avaient été produits le 5 novembre 2024 et leur analyse mettait en évidence que l'incapacité du 4 au 18 juillet 2024 n'avait été attestée que le 18 septembre 2024 et que le certificat en cause portait la mention « correctif ». Dans le questionnaire du 6 décembre 2024, l'intéressé avait indiqué qu'il n'était pas apte à travailler, même partiellement, et qu'aucune reprise n'avait été prévue, mais qu'il avait annulé son rendez-vous du 28 novembre 2024 chez le Dr I_____ au motif qu'il se sentait mieux. Le 6 décembre 2024, il avait produit sa fiche de salaire pour le mois de juillet 2024, de laquelle il ressortait qu'il aurait travaillé 176 heures, alors qu'il aurait été en incapacité de travail dès le 4 juillet 2024 pour le restant du mois. Cette fiche de salaire mentionnait également une activité à compter du 2 juillet 2024, alors que

la déclaration de sinistre indiquait un engagement à partir du 1^{er} juillet 2024. Elle a rappelé qu'elle avait requis, à deux reprises, des documents de l'entreprise, sans succès, et qu'elle avait interpellé l'intéressé par courriers des 19 décembre 2024 (malheureusement à une ancienne adresse), 13 janvier et 2 février 2025 (à la bonne adresse), en mentionnant les conséquences d'un défaut de collaboration, toujours sans succès. Elle avait demandé au Dr I_____, par courriers des 20 décembre 2024 et 28 janvier 2025, le rapport médical initial, en vain. En l'absence de réponse à ses nombreux courriers, elle avait statué sur la base des éléments au dossier.

S'agissant de la couverture d'assurance, l'analyse du contrat en cause, produit au stade de l'opposition seulement mettait en évidence un engagement à partir du 2 juillet 2024, ce qui était conforme à la fiche de salaire, mais pas à la déclaration de sinistre qui indiquait un engagement à partir du 1^{er} juillet 2024. Ce contrat de travail ne contenait en outre aucun renvoi à la convention collective de travail (ci-après : CCT) idoine, alors que l'entreprise était active dans le second œuvre, ce qui différait largement de la pratique. La durée des heures de travail, soit 40 heures hebdomadaire dans le contrat contre 41 heures dans la CCT, étonnait également puisqu'elle était inférieure au minima de la CTT. La fiche de salaire mettait en évidence que l'intéressé aurait reçu un salaire net de CHF 4'879.90 pour la période du 2 au 31 juillet 2024. Or, d'une part, il n'y avait aucune preuve de ce paiement, dont on ignorait s'il était intervenu en espèces ou par virement postal, et à quelle date il aurait été réalisé. Mais le plus surprenant était le décompte qui indiquait que l'intéressé aurait travaillé 176 heures durant le mois de juillet 2024, soit 8 heures par jour en moyenne pendant 22 jours ouvrables, ce qui était en parfaite contradiction avec le rapport médical du Dr K_____ et les certificats médicaux du Dr I_____ qui attestaient d'une incapacité de travail complète depuis le 4 juillet 2024. Compte tenu de ces éléments, la seule production d'un contrat de travail et d'une fiche de salaire ne saurait l'amener à reconnaître la qualité de travailleur et à admettre une couverture d'assurance.

S'agissant de la survenance d'un accident, elle a constaté que les rapports médicaux au dossier ne faisaient état d'aucune lésion traumatique. Il n'y avait pas eu de témoin de la chute et elle n'avait pas pu obtenir le rapport médical initial du Dr I_____, malgré plusieurs demandes. Dans ce contexte, la survenance d'un accident ne pouvait pas non plus être admise.

Concernant les griefs de l'opposant, elle a relevé que ses courriers des 13 janvier et 3 février 2025 ne lui étaient pas revenus en retour, ce qui témoignait de leur réception, ce qui était en outre confirmé par le suivi des envois de ces lettres qui attestait de leur distribution les 15 janvier 2025 à 10h52 et 5 février 2025 à 10h01. D'autre part, le second courrier avait également été transmis par courriel. L'absence de réponse de l'entreprise n'était pas un argument pertinent, puisqu'il n'empêchait pas l'intéressé de collaborer. De plus, elle n'avait pas pris en compte cet élément dans l'analyse du droit aux prestations.

- C.**
- a.** Par écriture du 21 mai 2025, l'intéressé a indiqué à la SUVA qu'il n'était pas en mesure de supporter les frais liés à une procédure judiciaire, ni de faire appel à un avocat pour le représenter. Il était ainsi contraint d'accepter la décision sur opposition du 24 mars 2025. Il a précisé qu'il avait transmis la fiche de salaire reçue de son patron pour que la SUVA connaisse son salaire, mais qu'il n'avait perçu aucun revenu, ni par virement bancaire ni en espèces, car il avait été en arrêt accident et n'avait pas pu travailler.
 - b.** Le 3 juin 2025, la SUVA a transmis cette lettre à la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, comme objet de sa compétence.
 - c.** La chambre de céans a informé l'intéressé qu'une procédure avait été enregistrée.
 - d.** Par écriture du 18 juin 2025, la SUVA s'est déterminée sur le recours. Elle a relevé que l'intéressé indiquait qu'il n'aurait pas travaillé alors qu'il se trouvait en incapacité de travail. Ce grief n'était pas pertinent dans la mesure où elle n'avait pas retenu de tels agissements de sa part, mais uniquement que la preuve d'une relation de travail au cours des 31 jours ayant précédé l'évènement annoncé ainsi que la survenance d'un accident le 4 juillet 2024 n'avait pas été apportée à suffisance de droit. Pour le surplus, le recourant avait confirmé que sa fiche de salaire produite était bien fausse.
 - e.** Invité par la chambre de céans à se déterminer, à deux reprises, le recourant ne s'est pas manifesté.
 - f.** Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

- 1.** Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

- 2.** Aux termes de l'art. 60 al. 1 LPGA, le recours doit être déposé dans les 30 jours suivants la notification de la décision sujette à recours.

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

destiné au tribunal cantonal des assurances (Anne-Sylvie DUPONT, in Commentaire romand de la LPGA, 2025, n. 14 *ad art.* 39).

L'art. 61 let. b LPGA, repris à l'art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), indique que l'acte de recours doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions, et que si l'acte n'est pas conforme à ces règles, le tribunal impartit un délai convenable au recourant pour combler les lacunes, en l'avertissant qu'en cas d'inobservation le recours sera écarté.

Cette disposition découle du principe de l'interdiction du formalisme excessif et constitue l'expression du principe de la simplicité de la procédure qui gouverne le droit des assurances sociales. C'est pourquoi le juge saisi d'un recours dans ce domaine ne doit pas se montrer trop strict lorsqu'il s'agit d'apprécier la forme et le contenu de l'acte de recours (ATF 143 V 249 consid. 6.2). La motivation est suffisante lorsque le recourant manifeste sa volonté d'être considéré en tant que tel d'une part, et de faire modifier la situation juridique consacrée par la décision, d'autre part (Susanne BOLLINGER, Basler Kommentar zum ATSG, 2020, n. 28 *ad art.* 61 LPGA).

2.1 En l'espèce, si le recourant a indiqué à l'intimée qu'il acceptait la décision, faute de moyen pour la contester, il a très clairement manifesté son désaccord avec le refus de l'intimée de prendre en charge le sinistre annoncé, relevant que la fiche de salaire du mois de juillet 2024 avait été établie par l'entreprise pour communiquer son revenu.

L'intimée a donc transmis à juste titre cette missive, postée dans le délai de 30 jours suivant la notification de la décision sur opposition, à la chambre de céans pour objet de sa compétence.

Si l'acte de recours ne contient pas un exposé des faits, des motifs et des conclusions précises, il ressort néanmoins des écritures du recourant, lequel n'est pas représenté, qu'il sollicite le versement d'indemnités journalières de la part de l'intimée.

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

3. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision sur opposition du 25 avril 2025, par laquelle l'intimée a nié le droit du recourant à toute prestation.
4. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

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

4.1 Aux termes de l'art. 1a al. 1 LAA, sont assurés à titre obligatoire les travailleurs occupés en Suisse, y compris les travailleurs à domicile, les apprentis, les stagiaires, les volontaires ainsi que les personnes travaillant dans des écoles de métiers ou des ateliers protégés.

Aux termes de l'art. 1 OLAA, est réputé travailleur selon l'art. 1a al. 1 LAA quiconque exerce une activité lucrative dépendante au sens de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (LAVS - RS 831.10).

4.2 Selon la jurisprudence, est réputé travailleur au sens de l'art. 1a al. 1 LAA celui qui, dans un but lucratif ou de formation et sans devoir supporter de risque économique propre, exécute durablement ou provisoirement un travail pour un employeur, auquel il est plus ou moins subordonné. Sont ainsi visées avant tout les personnes au bénéfice d'un contrat de travail au sens des art. 319 ss du code des obligations (CO - RS 220) ou qui sont soumises à des rapports de service de droit public. Cependant, l'existence d'un contrat de travail ne constitue pas une condition pour la reconnaissance de la qualité de travailleur au sens de l'art. 1a al. 1 LAA. En l'absence d'un contrat de travail ou de rapports de service de droit public, la qualité de travailleur doit être déterminée à la lumière de l'ensemble des circonstances économiques du cas d'espèce. Dans cette appréciation, il convient de ne pas perdre de vue que l'assurance-accidents, dans la perspective d'une couverture la plus globale possible, inclut également des personnes qui, en l'absence de rémunération, ne peuvent pas être qualifiées de travailleurs, tels que les volontaires ou les stagiaires. La notion de travailleur au sens de l'art. 1a LAA est par conséquent plus large que celle que l'on rencontre en droit du travail (arrêt du Tribunal fédéral 8C_324/2018 du 4 décembre 2018 consid. 4.2 et les références). En revanche, de simples coups de main ne suffisent pas pour créer une relation de travail. Il en va de même lorsque, par pure complaisance, une personne exerce pour une autre des activités durant une période limitée, et ce quand bien même elle serait indemnisée sous une forme ou une autre (arrêt du Tribunal fédéral 8C_393/2011 du 13 février 2012 consid. 3).

L'assujettissement à l'assurance-accidents n'implique pas un horaire minimal de travail ou le versement d'un salaire minimum. Il ne dépend pas d'une décision d'affiliation, de la conclusion d'un contrat d'assurance ou encore d'une déclaration de l'employeur. Peu importe au demeurant que les primes d'assurance aient ou non été payées (Jean-Maurice FRESARD / Margit MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire *in* Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2016, n. 7 p. 900). Dans l'assurance-accidents, le gain peut aussi bien provenir d'une activité licite que d'une occupation illicite, en particulier d'un « travail au noir » (arrêt du Tribunal fédéral 8C_676/2007 du 11 mars 2008 consid. 3.3.4, *cf.* sur ce point ATF 121 V 321 à propos d'un ouvrier agricole étranger sans permis de travail).

4.3 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent

comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b). Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible (arrêt du Tribunal fédéral 8C_115/2012 du 14 janvier 2013 consid. 4.2). Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le tribunal doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables. Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le tribunal devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 9C_189/2015 du 11 septembre 2015 consid. 5.1 et les références).

Il incombe à celui qui réclame des prestations de l'assurance-accidents de rendre plausible que les éléments d'un accident sont réunis. S'il ne satisfait pas à cette exigence, en donnant des indications incomplètes, imprécises ou contradictoires, qui ne rendent pas vraisemblable l'existence d'un accident, l'assurance n'est pas tenue de prendre en charge le cas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_832/2017 du 13 février 2018 consid. 3.2).

Dans des cas portant sur l'existence de rapports de travail ouvrant le droit à des prestations de l'assurance-accidents, le Tribunal fédéral a notamment confirmé que l'activité de la personne intéressée sur un chantier ne pouvait suffire à établir l'existence d'un rapport de travail avec l'entreprise affiliée à la SUVA, au vu des autres contradictions (arrêt du Tribunal fédéral 8C_309/2019 du 2 septembre 2019 consid. 3.2 et 3.3.3). Il a en outre considéré qu'au vu des nombreuses contradictions et discordances dans les pièces, notamment en lien avec le montant et le paiement du salaire, l'existence d'un rapport de travail n'était pas démontrée (arrêt du Tribunal fédéral 8C_790/2018 du 8 mai 2019 consid. 3.3). Il a aussi retenu qu'il était conforme au droit de nier un rapport de travail en cas de nombreuses discordances, notamment entre le salaire et la rémunération contractuellement prévue, et en l'absence de documents bancaires démontrant le versement dudit salaire (arrêt du Tribunal fédéral 8C_769/2016 du 19 décembre 2016 consid. 5.1).

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

5.1 Elle constate ensuite avec l'intimée de nombreuses contradictions et incohérences dans les pièces pertinentes.

Ainsi, la date de début d'engagement du recourant serait le 1^{er} juillet 2024 selon la déclaration d'accident, mais le 2 juillet 2024 selon le contrat de travail et la fiche de salaire du mois de juillet 2024.

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

Outre que le contrat de travail du 27 juin 2024 ne contient effectivement aucune référence à la CCT applicable et diverge de cette dernière sur des éléments importants, il sied de relever que ce document mentionne, dans la désignation des cocontractants, que l'entreprise est située à la rue L_____, alors que le timbre qui comporte la signature de l'employeur mentionne « D_____ », où elle n'était toutefois pas encore domiciliée.

Ces éléments permettent de douter de la véracité tant du contrat de travail que de la fiche de salaire. En l'absence de tout autre indice permettant d'accréditer l'hypothèse d'une relation de travail entre le recourant et l'entreprise, l'intimée était fondée à retenir que l'existence d'un rapport de travail n'était pas établie, au degré de la vraisemblance prépondérante.

Pour ce motif déjà, le recours doit être rejeté.

5.2 Par surabondance, la chambre de céans remarquera, à l'instar de l'intimée, que la survenance d'un accident le 4 juillet 2024 est également douteuse.

Il est en effet pour le moins surprenant que le sinistre, prétendument arrivé le 4 juillet 2024, n'ait été annoncé que le 29 octobre 2024, soit après presque quatre mois, alors que le recourant était en totale incapacité de travail depuis lors.

De plus, le premier arrêt de travail signé par le Dr I_____ est daté du 17 juillet 2024, et couvre la période du 17 juillet au 17 août 2024. Le certificat d'incapacité de travail pour la période antérieure, soit du 4 au 18 juillet 2024, n'a été signé que le 18 septembre 2024 et comporte la mention « correctif ». Ces attestations suggèrent donc que ce médecin n'a pas été consulté avant le 17 juillet 2024 et que l'arrêt de travail donné dès le 4 juillet 2024 l'a été sur la seule base des indications fournies par le recourant, vraisemblablement lors d'une consultation du 18 septembre 2024. Le Dr I_____, interpellé à plusieurs reprises par l'intimée, n'a pas répondu à ses questionnaires. Enfin, il sera observé que ce médecin est spécialiste en gynécologie et qu'il est pour le moins curieux que le recourant n'ait pas été examiné par un médecin interniste, un rhumatologue ou un orthopédiste de l'Institut médico-chirurgical de J_____, où de nombreux praticiens travaillent.

De surcroît, si le Dr K_____ a rappelé que le Dr I_____ avait attesté d'un arrêt de travail à 100% depuis l'accident de juillet 2024, rien dans son rapport ne permet de confirmer que le recourant aurait subi une chute à vélo le 4 juillet 2024. Il sera en particulier relevé que le premier examen radiologique a été sollicité par le Dr K_____, à la suite de sa consultation du 5 novembre 2024, et que le premier traitement, soit des séances de physiothérapie, a également été prescrit par celui-ci, à l'issue de sa seconde consultation du 13 novembre 2024.

Compte tenu de tous ces éléments, il est peu vraisemblable que le recourant ait été victime d'un accident le 4 juillet 2024.

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

Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

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

**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

Melina CHODYNIECKI

Joanna JODRY

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