

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/524/2024

ATAS/7/2025

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 14 janvier 2025

Chambre 2

En la cause

A_____

recourant

contre

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

intimée

**Siégeant : Blaise PAGAN, Président ; Anny FAVRE et Christine TARRIT-
DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

A. a. L'entreprise individuelle B_____ (ci-après : l'entreprise), dont les buts étaient la carrosserie, la mécanique, la location et la vente de véhicules, a été inscrite au registre du commerce (ci-après : RC) le 9 mars 2022. Elle s'est affiliée pour l'assurance-accidents auprès de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : la SUVA ou l'intimée).

b. Le 16 mai 2022, l'entreprise a adressé à la SUVA une déclaration de sinistre concernant Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1990.

Selon ladite déclaration, celui-ci s'était entaillé la main en utilisant une disqueuse le 27 avril 2022, et était en incapacité de travail dès ce jour. Il était mentionné que l'assuré avait été engagé le 9 mars 2022 moyennant un salaire de CHF 8'600.- versé treize fois l'an, et que l'horaire était de 42 heures de travail hebdomadaires.

c. Par courrier du 23 mai 2022, la SUVA a informé l'assuré qu'elle prenait en charge les suites de l'accident du 27 avril 2022. Le montant de l'indemnité journalière s'élevait à CHF 245.05.

d. Le 12 juillet 2022, l'assuré a requis de la SUVA que les indemnités journalières lui soient directement versées. Lors d'un entretien téléphonique du 19 juillet 2022, il est revenu sur cette demande en demandant leur paiement en mains de l'entreprise, dès lors qu'il n'avait « pas de carte bancaire ».

e. L'entreprise a été radiée du RC le 21 septembre 2022. Par courriel du 28 septembre 2022, elle a communiqué à la SUVA qu'elle avait cessé son activité, et a sollicité le paiement des indemnités journalières directement à l'assuré, dont elle a indiqué les coordonnées bancaires.

f. Par courrier du 4 janvier 2023, la SUVA a requis de l'entreprise la copie du contrat de travail, les fiches de salaire de mars et avril 2022, les rapports de travail de mars et avril 2022, l'extrait du compte postal ou bancaire duquel avait été opéré le versement du salaire en mars et avril 2022, ainsi que la décision de la caisse de compensation relative à la perception des allocations familiales.

g. La SUVA ayant requis des informations sur la situation de l'assuré auprès de différentes autorités, l'administration fiscale cantonale lui a annoncé que celui-ci était arrivé à Genève le 1^{er} juin 2021. Le 2 février 2023, la caisse de compensation FER-CIAM a transmis à la SUVA le compte individuel de l'assuré, mentionnant uniquement un revenu de CHF 30'780.- réalisé entre juin et septembre 2021. Quant à l'office cantonal de la population et des migrations, il a indiqué à la SUVA le 7 février 2023 ne pas avoir connaissance de l'adresse de l'assuré. Le 21 mars 2023, le service des allocations familiales de l'office cantonal des assurances sociales a en outre indiqué à la SUVA n'avoir aucun dossier ouvert au nom de l'assuré, qui n'avait jamais obtenu le versement d'allocations familiales selon le registre central.

h. Par courrier du 24 août 2022, la SUVA a requis de l'entreprise les fiches de salaires de l'assuré ainsi que son contrat de travail.

i. Par courrier du 16 mars 2023, la SUVA a invité l'assuré à lui faire parvenir notamment les documents suivants : contrat de travail avec l'entreprise, fiches de salaire, relevé horaire de travail, certificat de salaire pour 2022, extrait du compte bancaire ou postal sur lequel le salaire avait été versé, attestation de prévoyance professionnelle.

j. Par courriel du 3 avril 2023, l'assuré a adressé à la SUVA ses fiches de salaires du 1^{er} mars au 31 août 2022, lesquelles mentionnaient un salaire brut de CHF 8'600.- dont étaient déduites les charges sociales, et qui portaient une annotation manuscrite « *Paiement en espèces (pas de compte bancaire)* », des fiches de présence vierges pour la période de mars à avril 2022, ainsi que son contrat de travail, dactylographié, mentionnant une entrée en fonction en tant qu'aide-mécanicien le 1^{er} avril 2022, le mois étant corrigé à la main et remplacé par « *mars* », pour un salaire horaire brut de CHF 53.75. Ce contrat était daté du 30 mars 2022, le dernier chiffre 2 de l'année 2022 semblant lui aussi avoir été recouvert à la main.

k. Par courrier du 24 avril 2023, la SUVA a rappelé l'assuré qu'elle n'était en possession que de fiches de salaire, du contrat de travail et de feuilles d'enregistrement du temps de travail vides. Elle a observé que le contrat de travail avait été modifié à la main. Elle a ainsi imparté un délai au 12 mai 2023 à l'assuré pour produire ses rapports de travail de mars et avril 2022, son attestation de couverture de la caisse de pension, son certificat de salaire pour 2022 ainsi qu'une copie de sa pièce d'identité et le nom de sa caisse-maladie, en l'avertissant des conséquences d'un défaut de collaboration.

l. Le 16 mai 2023, la SUVA a accordé à l'assuré un délai au 15 juin 2023 pour lui transmettre les documents déjà requis, lui rappelant derechef les conséquences d'un défaut de collaboration.

m. Par décision du 5 juillet 2023, la SUVA a réduit le montant des indemnités journalières à CHF 126.80 pour l'avenir, sans demander la restitution des prestations allouées à tort. Elle a fixé le gain assuré pour le calcul de ces indemnités en référence aux salaires minimaux de la convention collective de travail (ci-après : CCT) pour les métiers de la carrosserie du canton de Genève, soit un gain annuel de CHF 57'850.- (CHF 4'450.- versé treize fois l'an), rappelant que l'entreprise avait indiqué que l'assuré n'avait pas de formation. La SUVA a en substance souligné de fortes divergences entre les fiches de salaires et le contrat de travail de l'assuré. Ce contrat prévoyait un salaire horaire, alors que les fiches de salaire mentionnaient un revenu mensuel. De plus, aucun revenu pour 2022 ne figurait au compte individuel AVS de l'assuré, dont les fiches de salaire mentionnaient pourtant des déductions aux cotisations sociales.

n. Le 21 juillet 2023, l'assuré, par sa mandataire nouvellement constituée, a déclaré former opposition à la décision de la SUVA, sollicitant un délai pour obtenir le dossier et motiver son opposition.

Sur ce, la SUVA lui a transmis le dossier le 25 juillet 2023, en lui accordant un délai de 30 jours pour compléter son opposition.

Sur demande de la mandataire de l'assuré, la SUVA lui a accordé deux délais supplémentaires, dont le dernier échéait au 2 novembre 2023, pour compléter son opposition.

L'assuré, sous la plume de sa mandataire, a complété son opposition par écriture du 2 novembre 2023. Il a soutenu que son revenu horaire multiplié par 40 heures par semaine, soit 160 heures par mois, correspondait au salaire mensuel de CHF 8'600.- indiqué sur ses fiches de salaire. Il n'y avait ainsi pas de divergence entre ces documents, et la réduction des indemnités journalières était arbitraire. La SUVA n'était pas fondée à appliquer les salaires minimaux conventionnels au vu du contrat de travail produit. L'assuré a soutenu que la liberté contractuelle permettait de stipuler une rémunération supérieure aux salaires prévus par la CCT. Le fait que le compte individuel AVS ne comporte aucune inscription n'était pas imputable au recourant, car il avait effectivement perçu les montants nets indiqués et l'employeur était responsable du versement des charges sociales.

o. Par décision du 12 janvier 2024, la SUVA a écarté l'opposition de l'assuré. Elle a retenu que le contrat de travail, modifié à la main, était peu probant. Il était en contradiction avec la date d'engagement indiquée dans la déclaration de sinistre, soit le 9 mars 2022. S'agissant de la conversion du salaire horaire en revenu mensuel, le mois de mars 2022 comprenait 23 jours ouvrés, et le salaire mensuel brut aurait donc dû être de CHF 9'890.- (soit 23 jours à huit heures rémunérées CHF 53.75). Au mois d'avril 2022, les 19 jours ouvrés – si l'on tenait compte d'une activité jusqu'au 30 avril 2022 – auraient dû donner lieu à une rémunération de CHF 8'170.-. Les calculs des déductions sociales étaient en outre inexacts.

B. a. L'assuré a interjeté recours devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre des assurances sociales ou la chambre de céans) contre la décision de la SUVA du 12 janvier 2024 par écriture du 14 février 2024. Il a conclu, sous suite de dépens, préalablement à son audition ; principalement à l'annulation de la décision, à ce qu'il soit dit et constaté qu'il avait droit à des indemnités journalières de CHF 245.05 par jour, au renvoi de la cause à l'intimée pour décision dans le sens des considérants ; subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Il a en substance soutenu que ladite décision était arbitraire, et a contesté un défaut de collaboration.

b. Le 21 février 2024, l'intimée a conclu au rejet du recours.

c. Par réplique du 12 avril 2024, le recourant a persisté dans ses conclusions.

d. Le recourant ayant précisé, à la demande de la chambre de céans, qu'il souhaitait être entendu sur son état de santé et sur les documents transmis à l'intimée, les parties et le titulaire de l'entreprise ont été convoqués à une audience prévue le 25 juin 2024.

Par courrier du 21 juin 2024, la mandataire du recourant a sollicité le report de l'audience en indiquant que celui-ci trouvait à l'étranger. L'audience a dès lors été annulée.

La chambre de céans l'ayant invitée à préciser les raisons de l'absence du recourant à l'audience prévue, sa mandataire a indiqué dans un courrier du 26 août 2024 qu'elle était sans nouvelles de celui-ci, avant d'informer la chambre de céans par courrier du 20 septembre 2024 qu'elle avait cessé d'occuper.

e. Le 23 septembre 2024, la chambre de céans a imparti un délai au 14 octobre 2024 au recourant pour justifier son absence à l'audience prévue le 25 juin précédent, faute de quoi la cause serait gardée à juger en l'état du dossier.

Ce courrier a été adressé par plis simple et recommandé au recourant. L'envoi recommandé a été retourné à la chambre de céans avec la mention « Le destinataire est introuvable à l'adresse indiquée ».

f. Le recourant ne s'étant pas manifesté, la cause a été gardée à juger à l'expiration de ce délai.

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 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 Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

2. Le litige porte sur le montant des indemnités journalières dues au recourant.

3. La chambre de céans rappelle en préambule ce qui suit.

3.1 Selon l'art. 52 al. 1 LPGA, les décisions rendues en matière d'assurance sociale peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues, à l'exception des décisions d'ordonnancement de la procédure.

Selon l'art. 40 al. 1 LPGA, le délai légal ne peut pas être prolongé.

L'art. 10 al. 1 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales (OPGA - RS 830.11), édicté sur la base de la délégation de compétence prévue à l'art. 81 LPGA, prévoit que l'opposition doit contenir des conclusions et être motivée. Si elle ne satisfait pas à ces exigences ou si elle n'est pas signée, l'assureur impartit un délai convenable pour réparer le vice, avec l'avertissement qu'à défaut, l'opposition ne sera pas recevable (art. 10 al. 5 OPGA).

L'opposition est une demande adressée à l'auteur d'une décision, dont elle vise l'annulation ou la modification ou tend à faire constater la nullité. Elle constitue une sorte de procédure de reconsidération qui confère à l'autorité qui a statué la possibilité de réexaminer sa décision avant que le juge ne soit éventuellement saisi. À ce titre, il s'agit d'un véritable moyen juridictionnel (ATF 125 V 118 consid. 2a). Il appartient à l'assuré de déterminer l'objet et les limites de sa contestation, l'assureur devant alors examiner l'opposition dans la mesure où sa décision est entreprise (ATF 123 V 128 consid. 3a).

La procédure d'opposition est obligatoire et constitue une condition formelle de validité de la procédure de recours de droit administratif subséquente (arrêt du Tribunal fédéral 8C_736/2023 du 2 octobre 2024 consid. 5.2.1).

3.2 Les conditions de recevabilité visent notamment les exigences formelles telles que le délai dans lequel l'acte litigieux doit être contesté. Ces règles sont impératives. L'autorité examine d'office si les conditions de recevabilité sont remplies, elle doit également examiner d'office si l'instance précédente a respecté les conditions de recevabilité qui devaient être remplies devant elle (Pierre MOOR, Droit administratif, vol. II, 3^{ème} éd. 2011, pp. 625-626). Lorsque l'instance inférieure a omis de vérifier si les conditions formelles de validité de la procédure – dont fait partie l'observation des délais légaux – sont réunies, la question de savoir si c'est à juste titre que l'instance inférieure est entrée en matière doit être examinée d'office dans la procédure contentieuse. Si tel n'est pas le cas, l'autorité de recours doit annuler la décision (Fritz GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2^{ème} éd., Berne 1983, p. 73). Aussi, lorsque l'autorité de première instance a ignoré qu'une condition mise à l'examen du fond du litige par le juge faisait défaut et a statué sur le fond, c'est un motif pour le tribunal, saisi de l'affaire, d'annuler d'office la décision en question (ATF 120 V 26 consid. 1 ; arrêt du Tribunal fédéral U 44/05 du 13 avril 2006 consid. 1).

3.3 L'art. 61 let. b LPGA prévoit 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.

Le Tribunal fédéral a relevé que la *ratio legis* du délai supplémentaire prévu par cette disposition et par l'art. 10 al. 5 OPGA est de protéger la partie sans connaissances juridiques qui, peu avant l'expiration du délai de recours (ou d'opposition), dépose un mémoire insuffisamment motivé en ignorant les exigences formelles. Elle ne doit pas être privée de la possibilité de recourir si elle a clairement manifesté sa volonté de contester la décision. Le Tribunal fédéral a souligné, dans un cas où la mandataire de l'assuré avait requis la transmission du dossier et un délai supplémentaire de 30 jours pour la motivation de l'opposition alors que le délai d'opposition légal expirait plus de deux semaines et demi après l'envoi du dossier, que les conditions pour lui accorder un délai supplémentaire n'étaient pas remplies, et que son octroi revenait à prolonger le délai d'opposition de manière contraire à l'art. 40 al. 1 LPGa. Notre Haute Cour a rappelé que selon la jurisprudence, il y a abus manifeste justifiant la renonciation à l'octroi d'un délai au sens de l'art. 10 al. 5 OPGA lorsqu'un avocat ou une personne disposant de connaissances juridiques interjette sciemment une écriture non conforme aux exigences formelles, afin de se voir impartir un délai complémentaire lui permettant de la motiver (ATF 134 V 162 consid. 4.1). A l'inverse, il n'y a pas d'abus de droit lorsqu'une opposition conforme aux exigences de l'art. 10 al. 5 OPGA n'est en pratique pas possible sans disposer du dossier, alors que l'assuré sans connaissances juridiques ne l'a pas en sa possession et qu'il mandate en toute bonne foi peu avant l'expiration du délai de contestation un représentant, auquel il est impossible de se procurer le dossier ou de se faire une idée suffisante de la cause avant la fin du délai d'opposition. Dans de tels cas, il est suffisant que l'avocat ou le représentant requière immédiatement la consultation du dossier et complète ultérieurement la motivation de l'opposition qu'il a formulée dans le délai légal afin de sauvegarder les droits de son mandant. Le Tribunal fédéral a ajouté que la protection de la bonne foi ne justifiait pas une autre appréciation dans le cas d'espèce, appliquant par analogie la jurisprudence selon laquelle la confiance qu'un justiciable assisté d'un avocat peut placer dans l'indication erronée du délai de recours dans une décision n'est pas protégée lorsqu'une lecture systématique de la loi suffit à déceler l'erreur (ATF 141 III 270 consid. 3.3), comme c'était le cas au vu de la lettre univoque de l'art. 10 al. 5 LPGa. L'opposition était ainsi tardive, nonobstant sa motivation dans le délai complémentaire impartie par l'assureur (arrêt du Tribunal fédéral 9C_191/2016 du 18 mai 2016 consid. 4.1, 4.2.1 et 4.3).

Cette jurisprudence a par la suite été confirmée dans une cause opposant l'intimée à un assuré, à qui elle avait consenti un délai complémentaire pour motiver son opposition (arrêt du Tribunal fédéral 8C_817/2017 du 31 août 2018), ainsi que dans une autre cause similaire (arrêt du Tribunal fédéral 8C_245/2022 du 7 septembre 2022).

Dans un arrêt portant sur le cas d'un assuré représenté par un avocat, qui s'était opposé à une décision de l'intimée en contestant la position de son médecin

d'arrondissement, et qui avait requis plusieurs délais pour déposer de nouveaux rapports médicaux, avant de se voir accorder une ultime prolongation de délai pour motiver son opposition, le Tribunal fédéral a confirmé l'irrecevabilité de l'opposition prononcée par l'intimée. Il a rappelé que l'opposition doit être motivée, faute de quoi elle manque son but, lequel est d'obliger l'assureur à revoir sa décision de plus près. En l'espèce, si le recourant avait clairement manifesté sa volonté de s'opposer à la décision de l'intimée et s'il avait contesté la position du médecin d'arrondissement et conclu à la reprise du versement des prestations légales, il n'avait toutefois nullement motivé ses conclusions et n'avait fait aucun commentaire sur le fond à l'appui des rapports médicaux produits (arrêt du Tribunal fédéral 8C_660/2021 du 28 juin 2022 consid. 4.3.2).

3.4 En l'espèce, on se trouve dans une situation similaire à celle qui a donné lieu aux arrêts précités. En effet, la mandataire du recourant a obtenu copie du dossier le 25 juillet 2023, de sorte qu'elle disposait de plusieurs semaines pour motiver son opposition dans le délai légal, compte tenu de la suspension des délais du 15 juillet au 15 août (*cf.* art. 38 al. 4 let. b LPGA). Cette conclusion s'impose *a fortiori* dès lors que le dossier n'est pas particulièrement volumineux et que l'avocate du recourant n'a pas fait état de la nécessité de réunir des documents ou des renseignements de tiers.

3.5 Partant, conformément à ce qui précède, on peut se demander si c'est à bon droit que l'intimée est entrée en matière sur l'opposition.

Cela étant exposé, la chambre de céans ajoutera cependant qu'on peut s'interroger sur l'attitude de l'intimée, qui a accordé des délais supplémentaires au recourant alors qu'elle ne pouvait ignorer les principes dégagés par le Tribunal fédéral, dès lors qu'elle était partie à la cause ayant abouti à l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_817/2017 du 31 août 2018. Certes, comme on l'a vu, une partie ne peut se prévaloir de la protection de sa bonne foi lorsqu'elle s'est fiée à une indication erronée des voies de droit, alors qu'elle aurait dû s'apercevoir de l'erreur en prêtant l'attention commandée par les circonstances, et qu'on attend dans tous les cas des avocats qu'ils procèdent à un contrôle sommaire (*Grobkontrolle*) des indications relatives à la voie de droit (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 4A_573/2021 du 17 mai 2022 consid. 3). Toutefois, aux termes de l'art. 5 al. 3 de la Constitution fédérale (Cst. - RS 101), les organes de l'État et les particuliers doivent agir de manière conforme aux règles de la bonne foi. Le fait pour l'intimée de concéder sans réserves un délai supplémentaire qu'elle sait contraire au droit, et qui doit en principe conduire au rejet d'un éventuel recours à l'encontre de sa décision sur opposition en raison de la tardiveté de l'opposition – que le juge est censé soulever d'office – pourrait contrevenir à cette exigence constitutionnelle.

Ce point n'a cependant pas à être examiné plus avant dans le cas d'espèce, dès lors que le recours doit être rejeté pour les motifs suivants.

4. 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).
5. 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.

Selon l'alinéa second de cette disposition, est réputé gain assuré le salaire déterminant au sens de la législation sur l'assurance-vieillesse et survivants, compte tenu de certaines dérogations, dont la let. c, qui prévoit que pour les membres de la famille de l'employeur travaillant dans l'entreprise, les associés, les actionnaires ou les membres de sociétés coopératives, il est au moins tenu compte du salaire correspondant aux usages professionnels et locaux. La jurisprudence a confirmé la légalité de l'art. 22 al. 2 let. c OLAA (arrêt du Tribunal fédéral U 197/01 du 21 décembre 2001 consid. 3b).

Aux termes de l'art. 22 al. 3 OLAA, l'indemnité journalière est calculée sur la base du salaire que l'assuré a reçu en dernier lieu avant l'accident, y compris les éléments de salaire non encore perçus et auxquels il a droit.

L'indemnité journalière est ainsi 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, 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). 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. 17 al. 3 LAA en relation avec l'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).

L'art. 23 al. 1 OLAA prévoit des correctifs sur le salaire déterminant pour l'indemnité journalière dans des cas spéciaux, non pertinents en l'espèce.

6. Selon l'art. 46 al. 2 LAA, l'assureur peut réduire de moitié toute prestation si, par suite d'un retard inexcusable dû à l'assuré ou à ses survivants, il n'a pas été avisé dans les trois mois de l'accident ou du décès de l'assuré ; il peut refuser la

prestation lorsqu'une fausse déclaration d'accident lui a été remise intentionnellement.

Une fausse déclaration intentionnelle peut consister à induire l'assureur à verser des prestations trop élevées (arrêts du Tribunal fédéral 8C_68/2022 du 6 septembre 2022 et 8C_68/2017 du 4 septembre 2017 consid. 4.3).

Une condamnation pénale, en particulier pour escroquerie, n'est pas une condition nécessaire à l'application de l'art. 46 al. 2 LAA. Est déterminante pour une telle sanction le caractère intentionnel de la fausse information dans la déclaration d'accident dans le but d'obtenir des prestations indues ou plus élevées que celles prévues par la loi. Ainsi, toute information erronée dans la déclaration d'accident est suffisante, dans la mesure où elle entraîne le versement d'une indemnité plus élevée que celle qui est due, par exemple la mention d'un salaire supérieur à la réalité (ATF 143 V 393 consid. 6.2 et 7.3).

7. 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 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait dans le doute statuer en faveur de l'assuré (ATF 136 V 39 consid. 6.1), et le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_555/2020 du 16 décembre 2020 consid. 2.2.2).

Par ailleurs, 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).

On peut également rappeler qu'en matière d'assurance-chômage, selon la jurisprudence, les incertitudes qui ne peuvent être levées quant au montant exact du salaire lors de la détermination du gain assuré se répercutent au détriment de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C_627/2017 du 26 janvier 2018 consid. 5.2). Ce principe s'applique également en matière de prévoyance professionnelle, dès lors qu'il n'est pas acceptable d'assurer des salaires fictifs dans cette branche d'assurance (arrêt du Tribunal fédéral 9C_388/2008 du 29 septembre 2008 consid. 4.1). Les mêmes considérations s'imposent en matière de gain assuré au sens de la LAA.

Ainsi, lors de la détermination du gain assuré, on ne saurait se référer au salaire contractuel sans autre examen, mais il faut se fonder sur les salaires effectivement perçus. Il n'y a lieu de s'écarter de cette règle que dans les cas où un abus – au sens d'une convention sur un salaire fictif – peut être pratiquement exclu (arrêt du Tribunal des assurances sociales du canton de Zurich UV.2023.00144 du 23 janvier 2024 consid. 1.3).

8. Dans le cas d'un assuré victime d'un accident, dont le salaire annuel annoncé lors de l'affiliation en 2015 s'élevait à CHF 36'000.-, qui avait fait état d'un revenu de CHF 3'000.- dans le cadre d'une saisie en 2016 et d'un revenu de CHF 3'200.- dans le cadre d'une procédure pénale, et dont l'extrait de compte individuel n'affichait aucun revenu, il a été considéré que le revenu mensuel brut de CHF 8'500.- dont cet assuré s'était prévalu après l'accident n'était pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante et paraissait fictif. On pouvait certes admettre qu'il était employé dans l'entreprise affiliée au moment de l'accident – ou du moins qu'il était impossible d'exclure l'existence de rapports de travail – mais avec une rémunération inférieure. Au vu de la violation de l'obligation de collaborer, l'assureur-accidents était fondé à statuer selon les pièces du dossier, et le gain assuré mensuel de quelque CHF 3'200.- retenu n'était pas critiquable (arrêt du Tribunal fédéral 8C_68/2022 du 6 septembre 2022 consid. 3.1 et 3.2).

La jurisprudence a en outre admis dans un cas portant sur le droit aux prestations de l'assurance-accidents d'un assuré qu'au vu des nombreuses contradictions et discordances dans les pièces, notamment en lien avec le montant et le paiement du salaire, que 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 également été jugé 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).

9. Dans le cas d'espèce, l'intimée ne conteste pas la réalité de l'existence de rapports de travail, mais uniquement la réalité de la rémunération annoncée.

La chambre de céans partage les doutes de l'intimée quant au caractère probant du contrat de travail, au vu des modifications manuscrites qui y ont été amenées et de la date d'engagement du 1^{er} mars 2022 qui y figure, antérieure au début d'activité de l'entreprise le 9 mars 2022 selon le RC. Quant au revenu qui est stipulé dans ce contrat, force est de constater qu'il excède très largement les salaires minimaux prévus par la CCT. Il est certes loisible aux parties à un contrat de travail de convenir d'une rémunération supérieure aux minima conventionnels. On ne peut toutefois que s'étonner que le salaire horaire convenu, converti en mois, représente près du double du salaire minimal selon la CCT pour les travailleurs sans CFC ni CAP avec plus de cinq ans de pratique, soit CHF 4'450.- par mois, au vu du fait qu'il s'agissait d'une entreprise très récemment créée – contexte dans lequel il n'est pas courant de disposer d'importants moyens permettant de verser

des rémunérations très largement supérieures aux usages. L'entreprise a d'ailleurs mis un terme à ses activités quelques mois seulement après sa création, ce qui plaide à l'encontre d'une situation financière particulièrement florissante. Ces interrogations sont renforcées par le fait que le recourant ne conteste pas qu'il n'avait aucune formation dans la carrosserie, et il n'allègue pas non plus qu'il disposerait d'une solide expérience dans le domaine.

Il n'existe en outre aucune preuve des heures de travail accomplies, les documents d'enregistrement du travail remis par le recourant étant vierges, ce qui ne manque pas de surprendre au vu du salaire horaire convenu.

Par ailleurs, ni l'entreprise ni le recourant n'ont été en mesure – alors même qu'ils ont été rendus attentifs à leur obligation de collaborer – de produire la moindre pièce étayant le versement d'un revenu. L'annotation sur les fiches de salaire indiquant que le paiement a lieu en espèces car le recourant n'aurait pas de compte bancaire est démentie par le fait que l'entreprise a communiqué les coordonnées bancaires du recourant à l'intimée. On s'interroge en outre sur la nécessité d'expliquer sur une fiche de salaire les raisons pour lesquelles le salaire a été payé en espèces, le motif des modalités de paiement étant en règle générale sans pertinence dans les relations des parties au contrat. On peut ainsi se demander si ces documents n'ont pas été établis pour les besoins de la cause.

Les fiches de salaires ne permettent en outre pas de lever les doutes quant aux revenus versés. En sus des irrégularités de calcul dans les déductions sociales et la contradiction entre le salaire mensuel indiqué et le salaire horaire selon le contrat, la chambre de céans retient que si l'on se fie à ces fiches de salaire, le recourant aurait continué de percevoir son salaire après l'accident, et ce jusqu'en août 2022. Si tel était le cas, on comprend mal pour quels motifs l'entreprise a relancé l'intimée en sollicitant le versement des indemnités journalières – celui-ci ayant été retardé en raison du dossier incomplet – lors d'un entretien téléphonique du 24 juin 2022, en justifiant sa demande par le fait que « l'assuré s'impatientait ».

Au vu de ces circonstances, et sans même examiner la portée de l'absence d'annonce aux autres assurances sociales, le montant de la rémunération annoncée dans la déclaration de sinistre n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante.

Au vu de l'absence de preuves du revenu versé avant l'accident, la SUVA a établi le gain assuré en fonction des salaires conventionnels. Il convient de préciser que cette façon de procéder n'est pas expressément ancrée dans la législation, dès lors que la référence aux salaires correspondant aux usages professionnels et locaux n'est prévue que pour les personnes visées à l'art. 22 al. 2 let. c OLAA, disposition inapplicable au recourant qui n'est pas un membre de la famille du titulaire de l'entreprise. La jurisprudence fédérale n'a semble-t-il jamais eu à examiner la légalité d'une telle pratique.

Cela étant, compte tenu des principes et de la casuistique rappelée ci-dessus, il apparaît que l'intimée aurait été fondée à nier le droit aux prestations, en l'absence de preuve d'un revenu effectivement perçu. Par conséquent, conformément à l'adage « Qui peut le plus peut le moins » (*cf.* par exemple arrêts du Tribunal fédéral 2C_227/2016 du 13 février 2017 consid. 4.3 et 2P.169/2004 du 7 février 2005 consid. 3.2.2), il n'est pas critiquable sous cet angle qu'elle ait simplement réduit le gain assuré aux salaires prévus par la CCT. Cette solution est du reste très largement favorable au recourant. L'intimée s'est de plus montrée magnanime, puisqu'elle a retenu le salaire prévu pour les employés ayant plus de cinq ans de pratique dans la profession, alors qu'aucune pièce du dossier ne permet de retenir que ce critère serait rempli dans le cas d'espèce.

Enfin, on peut se demander, à titre de motivation alternative, si l'intimée aurait également été fondée à réduire, voire nier le montant des indemnités journalières en application de l'art. 46 LAA, si on considérait au vu des circonstances que la déclaration de sinistre faisait intentionnellement état d'un salaire erroné.

Pour les motifs qui précèdent, la décision de l'intimée est confirmée.

10. 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

Le président

Christine RAVIER

Blaise PAGAN

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