RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

**A/3625/2019** **ATAS/84/2021**

# COUR DE JUSTICE

## Chambre des assurances sociales

## Arrêt du 4 février 2021

**3ème Chambre**

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____, à POUGNY, FRANCE,
représentée par PUBLEX SA — recourante

contre

BALOISE ASSURANCE SA, Service juridique, Aeschengraben 21, BALE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Michel D'ALESSANDRI — intimée

**Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges assesseurs**

## EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en 1974, travaille depuis mars 2009 comme éducatrice au sein d'une crèche sise à Genève, à raison de 19,5 heures par semaine, ce qui correspond à un taux d'occupation de 50%.

   À ce titre, elle est assurée contre le risque d'accidents, professionnels ou non, auprès de BÂLOISE ASSURANCE SA (ci-après : l'assurance)

2. Le 2 mars 2018, l'assurée a glissé sur le sol mouillé de la crèche. Elle s'est retenue de la main à l'une des marches montant à la salle de groupe et s'est blessée au poignet droit.

3. Le 13 mars 2018, elle a consulté le docteur B_____, médecin généraliste traitant.

4. Une déclaration de sinistre a été adressée à l'assurance le 30 mai 2018, mentionnant une incapacité de travail depuis le 28 mai 2018.

5. Une radiographie du poignet droit de l'assurée a été effectuée le 31 mai 2018, par la doctoresse C_____, spécialisée en radiologie, qui a constaté l'absence de lésion traumatique osseuse visible sur les clichés ; les rapports articulaires étaient en place ; il y avait de petites calcifications punctiformes au niveau de l'interligne articulaire entre l'os trapèze et le premier métacarpien, sans autre anomalie.

6. Dans un rapport adressé à l'assurance le 11 juin 2018, le Dr B_____ a indiqué avoir constaté une contusion au poignet droit et des douleurs sur le bord radial, causées par un accident. Le traitement avait consisté en une immobilisation du poignet. L'incapacité était totale depuis le 28 mai 2018 ; une reprise du travail était prévue le 14 juin 2018.

7. L'assurée a effectivement repris le travail le 14 juin 2018, avec une attelle, mais a été remise en arrêt de travail à compter du 18 juillet 2018 en raison des douleurs et d'un manque de force.

8. Le 16 juillet 2018, le Dr B_____ lui a prescrit une orthèse thermoformée d'immobilisation du poignet droit et du pouce.

9. Le 18 juillet 2018, une imagerie par résonnance magnétique (ci-après : IRM) du poignet droit a été pratiquée, vu les douleurs persistantes.

   Le docteur D_____, spécialisé en radiologie, a constaté l'absence de lésion osseuse traumatique (absence de disjonction scapho-lunaire significative ; absence d'argument pour une entorse à ce niveau ; respect des interlignes articulaires des os du carpe ; petite lame d'épanchement liquidien en regard de la pointe de la styloïde ulnaire compatible avec des signes d'entorse à minima à ce niveau ; pas de signe de ténosynovite).

10. Dans un nouveau rapport adressé à l'assurance le 24 août 2018, le Dr B_____ a posé le diagnostic d'entorse au poignet droit. Outre l'immobilisation du poignet, il proposait des séances de physiothérapie. L'incapacité de travail avait été de 100% du 28 mai au 13 juin 2018, puis à nouveau de 100% du 18 juillet au 16 septembre 2018.

11. Dans une note au dossier du 30 août 2018, le gestionnaire en charge du dossier de l'assurée a indiqué avoir eu un entretien téléphonique avec cette dernière, qui lui a indiqué s'être rendue au travail le 28 juillet 2018, dernier jour avant la fermeture estivale, durant lequel les éducatrices discutaient de certains points importants pour la reprise et mettaient en ordre les classes. Elle avait porté une attelle et n'avait pas fait de rangement. Elle avait gardé son attelle jusqu'au 16 août 2018, date à laquelle elle l'avait enlevée selon avis médical, puis avait fait de la physiothérapie. Elle se plaignait d'un manque de force au niveau de cette main, notamment entre le pouce et l'index (pas de mouvement de pince, elle ne pouvait par exemple pas porter une assiette lourde), ce qui la handicapait, car elle devait s'occuper de bébés qu'elle ne pouvait porter. Si l'incapacité de travail devait se poursuivre au-delà de la date indiquée par le Dr B_____ sur son dernier rapport (c'est-à-dire le 16 septembre 2018), l'assurée était invitée à consulter un spécialiste de la main.

12. En septembre 2018, l'assurée a consulté l'unité de chirurgie et de rééducation de la main. Dans un rapport du 7 septembre 2018, le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et en chirurgie de la main, a indiqué que l'examen clinique mettait en évidence une flexion du poignet à 40° de façon bilatérale ; la pronosupination était complète ; le test de Watson était douloureux, mais sans phénomène de ressaut. Il ne disposait pas des radiographies, mais d'après l'interprétation du radiologue, il n'y avait pas de lésion. L'IRM montrait des signes de synovite au niveau de la radio ulnaire distale.

    Un arthroscanner avait été prescrit, de manière à pouvoir vérifier l'intégrité des ligaments scapho-ulnaires et pyramido lunaire. L'assurée serait revue le 21 septembre 2018 avec les résultats de l'arthroscanner. L'arrêt de travail était prolongé à 100% jusqu'à cette date.

13. L'arthroscanner du 17 septembre 2018, interprété par la doctoresse F_____, spécialiste FMH en radiologie, a montré, au niveau des os et de la statique, qu'il n'y avait ni ouverture scapho-lunaire, luno-triquétrale, ni bascule dorsale ou ventrale du semi-lunaire en tenant compte du positionnement de la patiente, ni variance ulnaire positive ou négative. Le revêtement cartilagineux était fin, mais régulier, sans ulcération ni fissuration visible. Il y avait une perforation centrale du ligament intrinsèque luno-triquétral, avec maintien des contingents dorsaux et palmaires, et une intégrité du ligament scapho-lunaire. Le complexe triangulaire du carpe était sans particularité, avec un aspect fin de sa portion centrale, sans fissure visible périfovéale, péri-apicale ou d'insertion radiale. Enfin, les diverses structures tendineuses étaient en place.

Le médecin a conclu en ces termes : « arguments arthro-CT du poignet gauche en faveur d'une perforation centrale du ligament luno-triquétral sans altération des portions ventrales ou palmaires ; intégrité du ligament scapho-lunaire ; aspect fin de la portion centrale du complexe triangulaire du carpe sans perforation néanmoins visible ».

14. Dans un rapport adressé à l'assurance le 18 septembre 2018, le Dr B_____ a rapporté une évolution lente, une limitation en flexion/extension du poignet droit et des douleurs à la palpation du bord radial du poignet. Les limitations fonctionnelles consistaient en une douleur à la mobilisation du poignet, des amplitudes limitées et une impossibilité de porter des charges. L'incapacité de travail était toujours totale et aucune date de reprise n'était indiquée.

15. Le 21 septembre 2018, l'assurée a revu le Dr E_____, qui lui a expliqué que l'arthrographie avait montré un passage du produit de contraste à l'étage radio-ulnaire inférieur au niveau de la portion centrale du ligament triangulaire du carpe, témoignant d'une perforation. Le ligament TFCC apparaissait discrètement aminci. Il existait aussi une diffusion du produit à partir de la luno-triquétrale, traduisant une perforation également à ce niveau. Il n'y avait par contre pas de lésion au niveau du ligament scapho-ulnaire et pas d'autre lésion associée. Compte tenu des douleurs, un arrêt de travail était accordé jusqu'au 7 octobre 2018, date à laquelle l'assurée devrait pouvoir reprendre son activité. Une nouvelle évaluation était prévue dans les deux mois.

16. Dans un rapport adressé à l'assurance le 23 octobre 2018, la doctoresse G_____, de l'unité de chirurgie et de rééducation de la main, a posé le diagnostic de perforation centrale du ligament luno-triquétral et amincissement du TFCC. Le traitement consistait en ergothérapie, rééducation et physiothérapie. L'évolution était favorable, avec une reprise progressive des amplitudes articulaires, et le pronostic favorable. À la question de savoir s'il existait des circonstances particulières pouvant influencer de manière défavorable le processus de guérison (comme des maladies antérieures, des accidents ou des circonstances sociales), le médecin a répondu par la négative. Les limitations physiques consistaient en douleurs et en un manque de force ; l'incapacité était totale jusqu'au 2 novembre 2018. Une reprise du travail était envisageable dans les six semaines. La Dresse G_____ préconisait une adaptation du poste de travail par une diminution du port de charges.

17. Le 31 octobre 2018, la Dresse G_____ a établi une ordonnance pour huit séances d'ergothérapie ayant pour objectif l'amélioration des fonctions corporelles contribuant à l'autonomie dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie.

18. Le 12 novembre 2018, l'assurance a demandé un avis à son médecin-conseil, le docteur H_____.

Ce dernier, se basant sur le rapport d'IRM et sur celui de la Dresse G_____ du 23 octobre 2018, a estimé que les troubles à la santé étaient principalement dus à l'événement décrit.

Cependant, l'incapacité de travail n'était selon lui pas justifiée, le statu quo ante ayant été atteint le 18 juillet 2018. Les signes cliniques et l'évolution devaient être précisés, raison pour laquelle il suggérait de solliciter des renseignements complémentaires auprès de la Dresse G_____, afin de déterminer notamment si une intervention chirurgicale était prévue, quelles étaient les contraintes dans la vie quotidienne et quelle pouvait être l'adaptation du poste de travail préconisée.

19. Le 22 novembre 2018, dans un courriel à l'employeur de l'assurée, le gestionnaire du dossier a indiqué que ce serait au service perte de gain maladie de prendre en charge l'incapacité de travail dès le 18 juillet 2018, étant précisé qu'il n'y avait pas de différence entre le salaire LAA et les indemnités pour perte de gain maladie.

20. Dans un rapport du 5 février 2019, la doctoresse I_____, de l'unité de chirurgie et de rééducation de la main, spécialisée en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a relaté que l'assurée avait souffert, dans les suites de sa chute du 2 mars 2018, de douleurs et d'une sévère raideur post-traitement conservateur, avec des amplitudes très limitées demandant beaucoup de physiothérapie. Désormais, les mobilités étaient récupérées, avec une raideur en fin de course, une flexion à quasi 70° et une extension à 55°, voire 60°. En prosupination, les amplitudes étaient complètes, avec une légère douleur en versant ulnaire dans les amplitudes maximales. L'assurée ne se plaignait pas particulièrement, à l'exception d'une douleur sur le versant ulnaire du poignet, surtout à l'appui axial en hyperextension. En l'absence de radiographie récente, le médecin préconisait une radio standard de face et de profil, vu la lésion du ligament luno-triquétral, pour s'assurer d'une bonne stabilité du poignet et pour exclure une éventuelle déstabilisation du semi-lunaire en flexion ventrale, qui se verrait sur les clichés en profil. Si un cubitus long était objectivé aux radiographies, il conviendrait de compléter les examens avec une IRM, pour exclure un œdème osseux au niveau du semi-lunaire témoignant d'un conflit entre l'ulna et le semi-lunaire lors de l'appui axial en hyper extension.

21. Le 15 mars 2019, l'assurance a à nouveau soumis le cas à son médecin-conseil en lui demandant de se prononcer sur le lien de causalité entre l'accident et l'incapacité de travail du 18 juillet au 11 novembre 2018, d'une part, le traitement médical, d'autre part.

Après avoir brièvement cité certaines pièces médicales, notamment le rapport de la Dresse I_____ du 5 février 2019 – dont il a retenu que les mobilités étaient récupérées et qu'il y avait absence de lésion structurelle –, le Dr H_____ a confirmé qu'il s'agissait d'une lésion assimilée en relation avec l'accident du 2 mars 2018, que l'incapacité de travail du 18 juillet au 11 novembre 2018 n'était pas

justifiée du point de vue médical et que le statu quo ante avait été atteint le 17 septembre 2018.

22. Par décision du 17 mai 2019, l'assurance a nié l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre les troubles subsistants et l'accident, ainsi que le droit de l'assurée aux prestations de l'assurance-accidents au-delà du 17 septembre 2018, date à laquelle elle a considéré que le statu quo ante avait été atteint, de sorte que l'incapacité de travail du 18 juillet au 11 novembre 2018 n'était plus en relation avec l'accident du 2 mars 2018, pas plus que les frais médicaux. L'assurance renonçait cependant à réclamer le remboursement des frais déjà pris en charge entre le 17 septembre 2018 et le jour de la décision.

    L'assurance a argué que, selon son médecin-conseil, les examens radiologiques ne démontraient pas de lésion structurelle définie, que l'incapacité de travail du 18 juillet au 11 novembre 2018 était à mettre sur le compte de facteurs étrangers à l'accident et qu'il n'était pas établi que l'accident avait entraîné de manière prépondérante l'atteinte à la santé au-delà du 17 septembre 2018.

23. L'assurée s'est opposée à cette décision en concluant à l'octroi de prestations au-delà du 17 septembre 2018.

    L'assurée a argué que la notion d'accident ne pouvait être niée.

    Elle a reproché à l'assurance d'avoir attendu huit mois après l'arthroscanner du 17 septembre 2018 pour statuer tout en faisant remonter le statu quo ante à cette date, ce qui la plongeait dans des difficultés financières.

    Selon elle, cette décision aurait dû être confirmée par une expertise médicale. En l'absence d'expertise, il convenait que l'assurance démontre que le statu quo ante avait été formellement atteint en produisant des observations et examens détaillés.

24. Par décision du 26 août 2019 notifiée le 3 septembre 2019, l'assurance a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 17 mai 2019.

    L'assurance a fait remarquer que, bien qu'elle ait rendu une décision rétroactive, elle avait expressément renoncé à réclamer le remboursement des frais médicaux pris en charge entre le 17 septembre 2018 et le jour de la décision.

    Quant à l'indemnité journalière pour la période du 23 juillet au 11 novembre 2018, elle avait été payée par l'assurance perte de gain maladie.

    L'assurée n'avait donc pas été pénalisée.

    L'existence d'un accident n'avait jamais été contestée, seule la persistance d'un lien de causalité au-delà du 17 septembre 2018.

    Une expertise était inutile, au vu des appréciations du médecin-conseil, lequel avait persisté dans sa position dans un nouvel avis émis le 15 mars 2019, joint à la décision.

25. Par acte du 30 septembre 2019, l'assurée (ci-après : la recourante), représentée par un mandataire, a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision entreprise et à ce qu'il soit dit qu'elle avait droit aux prestations de l'assurance-accidents au-delà du 17 septembre 2018.

    La recourante reproche à la décision litigieuse un manque de motivation, une subsomption sommaire et le fait d'être difficilement compréhensible.

    Elle fait remarquer que l'intimée considère que le statu quo ante a été atteint le 17 septembre 2018, tout en mettant en doute dès le 18 juillet 2018 le fait que l'arrêt de travail soit justifié, de sorte qu'est également litigieuse la question de la date à laquelle le statu quo ante a été atteint.

    Pour le surplus, la recourante conteste la valeur probante du rapport du médecin-conseil de l'intimée, au motif que, selon le registre des professions médicales, le Dr H_____ ne maîtrise pas le français, si bien qu'elle s'interroge sur sa capacité à comprendre et appréhender l'entier du dossier. Son appréciation du 15 mars 2019 peine à convaincre : le Dr H_____ ne mentionne pas les rapports médicaux établis par les spécialistes en chirurgie de la main consultés et il se contente de résumer très brièvement les rapports radiologiques, faisant abstraction des éléments importants. Enfin, tout en confirmant que la lésion assimilée est en relation avec l'accident du 2 mars 2018, il indique, sans aucun argument, que l'incapacité de travail du 18 juillet au 11 novembre 2018 n'est pas justifiée du point de vue médical et que le statu quo ante a été atteint le 17 septembre 2018.

    S'agissant de la causalité naturelle entre l'accident et la lésion assimilée, la recourante souligne que l'IRM du poignet droit ne met en évidence aucun trouble dégénératif et qu'aucun antécédent n'a été rapporté lors de la première consultation à l'unité de chirurgie de la main. Elle en tire la conclusion que, puisqu'aucune atteinte dégénérative n'a pu exercer une influence déterminante sur la survenance des lésions constatées, on ne peut affirmer, comme le fait l'intimée, qu'à compter du 17 septembre 2018, l'atteinte à la santé était clairement et exclusivement due à un état antérieur.

    Selon la recourante, l'incapacité de travail au-delà du 18 juillet 2018 était parfaitement justifiée par la persistance de douleurs, d'un manque de force, des amplitudes limitées et une impossibilité de porter des charges, attestés par les médecins spécialistes.

    Enfin, la recourante reproche à l'intimée d'avoir procédé, dans la décision querellée, à une reconsidération sans que les conditions en soient ouvertes : en effet, l'assurance a alloué des prestations jusqu'à sa décision du 17 mai 2019 ; faute de contestation, les décomptes d'indemnités journalières sont entrés en force de chose décidée ; dès lors, pour nier son obligation de prendre en charge l'incapacité de travail déjà indemnisée, l'intimée devait invoquer un motif de reconsidération ou de révision procédurale. Or, elle ne pouvait faire valoir aucun fait nouveau, ayant

été en possession de toutes les données médicales pertinentes pour prendre position ; les décisions antérieures n'étaient pas non plus manifestement erronées ; l'intimée s'est contentée de procéder à une appréciation différente d'une situation demeurée identique. Elle ne pouvait mettre fin aux prestations d'assurance uniquement avec effet ex nunc et pro futuro.

26. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 29 octobre 2019, a conclu au rejet du recours.

L'intimée allègue avoir soumis l'intégralité du dossier au Dr H_____, qui a établi deux rapports et conclu à l'absence de lésion structurelle définie. Le médecin a considéré la lésion du ligament triangulaire comme une lésion assimilée, mais, en l'absence de lésion structurelle définie, il a estimé que le statu quo ante avait été atteint le 17 septembre 2018 et, au vu des troubles et de la profession exercée à 50%, que l'incapacité de travail n'était pas justifiée médicalement depuis le 18 juillet 2018.

A l'appui de sa position, l'intimée produit un nouvel avis du Dr H_____, rédigé le 25 octobre 2019, dans lequel il maintient, après avoir procédé à un résumé de la radiographie du poignet droit du 31 mai 2018, de l'IRM au poignet droit du 18 juillet 2018 et de l'arthroscanner du poignet droit du 17 septembre 2018, ses conclusions quant à l'absence de lésion structurelle définie. Il note que les résultats d'imagerie sont partiellement contradictoires et estime qu'une corrélation avec les problèmes cliniques présentés n'est pas évidente. Il indique ne pas disposer du dossier médical sur les antécédents et confirme que, sur la base des pièces disponibles, le statu quo sine sans aggravation directionnelle a été atteint au plus tard le 17 septembre 2018. Il recommande de compléter le dossier médical sur les antécédents.

L'intimée soutient que les médecins traitants de la recourante n'ont pas établi de manière motivée la persistance d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et les troubles au poignet droit au-delà du 17 septembre 2018. En particulier, ils n'ont pas contesté l'absence de lésion structurelle définie au poignet droit. L'intimée en tire la conclusion que, dès le 17 septembre 2018, l'origine maladive ou dégénérative du trouble au poignet droit est clairement établie, étant rappelé que la recourante n'a consulté le Dr B_____ que quinze jours après l'accident.

Quant à l'incapacité de travail, elle est survenue pour la première fois trois mois après l'accident, soit le 28 mai 2018. Une pleine capacité de travail a été retrouvée dès le 13 juin 2018. Une nouvelle incapacité de travail est survenue le 18 juillet 2018, alors que l'IRM pratiquée le même jour établissait l'absence de lésion structurelle définie.

L'intimée souligne avoir procédé au paiement des indemnités journalières LAA à 100% pour la période du 28 mai au 13 juin 2018. Dès le 18 juillet 2018 et jusqu'au 11 novembre 2018, les indemnités journalières du même montant qu'elle a versées

l'ont été en sa qualité d'assureur perte de gain maladie. La recourante a dès lors déjà perçu l'intégralité des indemnités journalières pour les périodes durant lesquelles elle s'est trouvée en incapacité de travail. Elle ne peut donc prétendre à aucune prestation supplémentaire.

Enfin, l'intimée réfute avoir été dans l'obligation de se fonder sur un motif de reconsidération ou de révision procédurale dès lors que, dans sa décision du 17 mai 2019, elle a mis un terme aux prestations avec effet au 17 septembre 2018 et retenu que l'incapacité de travail pour la période du 18 juillet au 11 novembre 2018 n'était pas justifiée médicalement. Elle a renoncé à réclamer le remboursement des frais médicaux payés depuis le 17 septembre 2018 et jusqu'à la date de la décision, le 17 mai 2019. Par ailleurs, elle a procédé au paiement d'indemnités journalières en tant qu'assureur LAA jusqu'au 13 juin 2018, soit antérieurement à la date à laquelle elle a mis fin aux prestations. La décision était donc parfaitement conforme au droit.

27. La recourante a répliqué le 4 décembre 2019, en persistant dans ses conclusions.

    Selon elle, l'appréciation du Dr H_____ du 15 mars 2019, sur laquelle se base la décision litigieuse, ne peut se voir reconnaître pleine valeur probante, pas plus que le dernier avis émis par le médecin-conseil, puisqu'il reconnaît que le dossier doit être complété s'agissant de ses antécédents.

    La recourante relève que le Dr H_____ n'émet désormais plus de doutes quant au bien-fondé de l'incapacité de travail du 18 juillet au 11 novembre 2018.

    Enfin, au vu de la différence de nature entre assurance-accidents et assurance perte de gain maladie, elle argue que l'intimée ne peut soutenir que les indemnités journalières versées par l'une ou l'autre sont identiques. Il convenait donc que l'intimée, en tant qu'assureur-accidents, rembourse à l'assureur perte de gain maladie les prestations versées par celui-ci.

28. Dans sa duplique du 10 décembre 2019, l'intimée explique qu'aucun délai d'attente n'a été appliqué par l'assureur perte de gain, de sorte que la recourante a déjà perçu l'intégralité des indemnités journalières auxquelles elle avait droit pour les périodes durant lesquelles elle allègue avoir été en incapacité de travail. Elle n'a dès lors aucun intérêt à la procédure.

29. La recourante s'est déterminée le 9 janvier 2020.

    Le simple fait que des indemnités journalières aient été payées par un contrat soumis à la loi sur le contrat d'assurance ne peut libérer l'assurance-accidents de ses obligations légales. En cas d'admission du recours, il appartiendra à l'assureur-accidents de procéder à une compensation entre les prestations dues en LAA et les prestations versées par l'assurance perte de gain maladie, l'éventuel solde devant être versé à l'employeur.

    La recourante soutient qu'elle a bel et bien un intérêt à recourir, les frais de traitement encourus au-delà de la décision n'ayant pas été pris en charge : ainsi,

trois factures d'ergothérapie, d'un montant de CHF 616.70, CHF 299.30 et CHF 137.-, ont été envoyées à l'intimée et demeurent impayées. S'y ajoutent diverses notes d'honoraires (examens radiologiques, séances de rééducation, consultations auprès du Dr E_____) pour un total de CHF 1'290.50.

## 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 LPGA relatives à la LAA.

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

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.

3. Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu après cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis au nouveau droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur à compter du 1er janvier 2017.

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable de ce point de vue (art. 56ss LPGA et 62ss LPA).

5. À titre préalable, il convient d'examiner si la recourante a un intérêt à recourir, ce que l'intimée nie, au motif que tous les frais de traitement auraient été pris en charge jusqu'à la date de la décision du 17 mai 2019, qu'aucun remboursement n'est réclamé à l'intéressée et que, dès le 18 juillet 2018, des indemnités journalières au titre de l'assurance perte de gain maladie lui ont été versées en lieu et place de celles de l'assurance-accidents, d'un montant identique.

   a. Selon l'art. 59 LPGA, a qualité pour recourir quiconque est touché par la décision et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée. L'intérêt digne de protection déterminant la qualité pour recourir devant la juridiction cantonale doit être examiné selon les principes découlant de l'art. 103 let. a de la loi fédérale du 16 décembre 1943 d'organisation judiciaire, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2006 (aOJ - RS 173.110 ; ATF 130 V 388 consid. 2.2 p. 390 s. et les références de jurisprudence et de doctrine). Un intérêt digne de protection représente tout intérêt pratique ou juridique à demander la modification ou

l'annulation de la décision attaquée. Cet intérêt consiste dans l'utilité pratique que l'admission du recours apporterait au recourant, en lui évitant de subir un préjudice de nature économique, idéale, matérielle ou autre que la décision attaquée lui occasionnerait. Il implique que cet intérêt soit direct et concret, le recourant devant se trouver, avec la décision entreprise, dans un rapport suffisamment étroit, spécial et digne d'être pris en considération. Il doit être touché dans une mesure et avec une intensité plus grande que l'ensemble des administrés (ATF 137 II 40 consid. 2.2).

b. En l'espèce, la recourante a fait valoir qu'elle a personnellement payé diverses factures pour des consultations ayant eu lieu après la date de la décision, d'un montant total de plus de CHF 2'300.-, factures qui ont été envoyées à l'intimée et n'ont pas été remboursées par celle-ci. Partant, la recourante a un intérêt à ce que soit tranchée la question de l'éventuelle obligation de prester de l'assurance-accidents au-delà du 17 mai 2019 et, par conséquent, elle a bel et bien un intérêt à recourir.

Quant à l'argument relatif aux indemnités journalières versées à la recourante à compter du 18 juillet 2018, l'intimée ne saurait être suivie. En effet, bien que la recourante n'ait subi aucun délai de carence et que le montant des indemnités journalières perte de gain soit identique à celui versé par l'assurance-accidents, il s'agit là de prestations de nature différente. La recourante a, là encore, un intérêt à voir reconnaître son droit éventuel aux indemnités de l'assurance-accident, ne serait-ce qu'en raison de la limitation dans le temps des indemnités de l'assurance perte de gain maladie.

6. Le litige porte sur la question du droit de la recourante aux prestations de l'assurance-accidents au-delà du 17 septembre 2018, plus particulièrement sur la persistance d'un lien de causalité entre les troubles subsistant au-delà de cette date et l'accident du 2 mars 2018, étant précisé que les frais médicaux ont de facto été pris en charge par l'intimée jusqu'au 17 mai 2019.

7. 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. Par accident, on entend 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 (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

a. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire

qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

b. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire *(statu quo sine*) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

c. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et

ATF 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

d. Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA ; RS 832.202). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a, ATF 118 V 293 consid. 2c et les références).

8. a. Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2017, l'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie : les fractures (let. a) ; les déboîtements d'articulations (let. b) ; les déchirures du ménisque (let. c) ; les déchirures de muscles (let. d); les élongations de muscles (let. e) ; les déchirures de tendons (let. f) ; les lésions de ligaments (let. g) ; les lésions du tympan (let. h).

On précisera que l'art. 6 al. 2 LAA, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, conférait au Conseil fédéral la compétence d'étendre la prise en charge par l'assurance-accidents à des lésions assimilables à un accident. L'ancien art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA - RS 832.202), adopté sur la base de cette disposition, contenait la liste exhaustive des lésions corporelles assimilées à un accident pour autant qu'elles ne fussent pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. La liste des lésions énumérées par l'art. 6 al. 2 LAA dans sa nouvelle teneur est identique à celle auparavant contenue dans l'art. 9 al. 2 aOLAA.

b. Selon la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 9 al. 2 aOLAA, pour que des lésions corporelles puissent être qualifiées de semblables aux conséquences d'un accident, seul le caractère extraordinaire de l'accident pouvait faire défaut, mais l'existence d'une cause extérieure était en revanche indispensable (cf. ATF 139 V 327 consid. 3.1). Dans son Message à l'appui de la révision de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral a relevé que cette jurisprudence avait été source de difficultés pour les assureurs-accidents et d'insécurité pour les assurés. C'est pourquoi une nouvelle réglementation faisant abstraction de l'existence d'une cause extérieure a été proposée, conformément à la volonté du législateur à l'époque du Message de 1976 à l'appui de la LAA. En cas de lésion corporelle figurant dans la liste, il y a désormais présomption que l'on est en présence d'une lésion semblable aux conséquences d'un accident, qui doit être prise en charge par l'assureur-accidents. Ce dernier pourra toutefois se libérer de son obligation s'il apporte la preuve que la lésion est manifestement due à l'usure ou à une maladie

(Message du Conseil fédéral relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 30 mai 2008, FF 2008 4893).

Dans un arrêt de principe du 24 septembre 2019 (ATF 146 V 51), le Tribunal fédéral a précisé que selon l'interprétation de l'art. 6 al. 2 LAA, l'application de cette disposition ne présuppose aucun facteur extérieur et donc aucun événement accidentel ou générant un risque de lésion accru au sens de la jurisprudence relative à l'art. 9 al. 2 aOLAA. Cependant, la possibilité pour l'assureur-accidents de rapporter la preuve prévue par l'art. 6 al. 2 LAA impose de distinguer la lésion corporelle assimilée, d'une lésion corporelle figurant dans la liste due à l'usure et à la maladie à charge de l'assurance-maladie. Dans ce contexte, la question d'un événement initial reconnaissable et identifiable est également pertinente après la révision de la LAA - notamment en raison de l'importance d'un lien temporel (couverture d'assurance; compétence de l'assureur-accidents ; calcul du gain assuré ; questions juridiques intertemporelles). Par conséquent, dans le cadre de son devoir d'instruction (cf. art. 43 al. 1 LPGA), l'assureur-accidents doit clarifier les circonstances exactes du sinistre à l'annonce d'une lésion selon la liste. Si celle-ci est imputable à un événement accidentel au sens de l'art. 4 LPGA, l'assureur-accidents est tenu de verser des prestations jusqu'à ce que l'accident ne représente plus la cause naturelle et suffisante, c'est-à-dire que l'atteinte à la santé est fondée uniquement et exclusivement sur des causes autres qu'accidentelles (voir consid. 5.1 et 8.5). Si, en revanche, tous les critères de la définition de l'accident au sens de l'art. 4 LPGA ne sont pas remplis, l'assureur-accidents est généralement responsable pour une lésion selon la liste selon l'art. 6 al. 2 LAA dans la version en vigueur depuis le 1er janvier 2017, à moins qu'il puisse prouver que la lésion est principalement due à une usure ou maladie (consid. 9.1).

Si aucun événement initial ne peut être établi, ou si seul un événement bénin ou anodin peut être établi, cela simplifie de toute évidence la preuve de la libération pour l'assureur-accidents. En effet, l'ensemble des causes des atteintes corporelles en question doit être pris en compte dans la question de la délimitation, qui doit être évaluée avant tout par des médecins spécialistes. Outre la condition précédente, les circonstances de la première apparition des troubles doivent également être examinées plus en détails (par exemple, un bilan traumatologique du genou est une aide utile pour l'évaluation médicale des blessures au genou, publié in BMS 2016 p. 1742 ss). Les différents indices qui parlent pour ou contre l'usure ou la maladie doivent être pondérés d'un point de vue médical. L'assureur-accidents doit prouver, sur la base d'évaluations médicales concluantes - au degré de la vraisemblance prépondérante - que la lésion en question est due de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie, c'est-à-dire plus de 50% de tous les facteurs en cause. Si la « palette des causes » se compose uniquement d'éléments indiquant une usure ou une maladie, il s'ensuit inévitablement que l'assureur-accidents a apporté la preuve de la « libération » et qu'il n'est pas nécessaire d'apporter des clarifications supplémentaires (consid. 8.6).

9. a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

c. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin

traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

d. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

e. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

10. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

11. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61

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

12. Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

13. L'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet ex nunc et pro futuro à son obligation d'allouer des prestations, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale), sauf s'il réclame les prestations allouées (cf. ATF 133 V 57 consid. 6.8 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_3/2010 du 4 août 2010 consid. 4.1). Ainsi, il peut liquider le cas en invoquant le fait que selon une appréciation correcte de l'état de fait, un événement assuré n'est jamais survenu (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). Le Tribunal fédéral des assurances a précisé en outre que les frais de traitement et l'indemnité journalière ne constituent pas des prestations durables au

sens de l'art. 17 al. 2 LPGA, de sorte que les règles présidant à la révision des prestations visées par cette disposition légale (cf. ATF 137 V 424 consid. 3.1 et la référence) ne sont pas applicables (ATF 133 V 57 consid. 6.7). En revanche, l'arrêt des rentes d'invalidité ou d'autres prestations versées pour une longue période est soumis aux conditions d'adaptation, reconsidération et révision procédurale (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). La jurisprudence réserve les cas dans lesquels le droit à la protection de la bonne foi s'oppose à une suppression immédiate des prestations par l'assureur-accidents (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1).

14. En l'espèce, dans sa décision du 17 mai 2019, confirmée sur opposition, l'intimée a considéré que le statu quo ante avait été atteint le 17 septembre 2018 et que l'incapacité de travail du 18 juillet au 11 novembre 2018 n'était plus en relation avec l'accident du 2 mars 2018, tout en renonçant à réclamer la restitution des frais médicaux payés entre le 17 septembre 2018 et le jour de la décision.

15. Dans un grief de nature formelle qu'il convient d'examiner en premier lieu, la recourante se prévaut d'un défaut de motivation de la décision entreprise et d'une violation de son droit d'être entendue. Selon elle, la subsomption de la décision entreprise, sommaire, ne permettrait pas de comprendre les éléments sur lesquels l'intimée s'est fondée pour conclure que l'incapacité de travail du 18 juillet au 11 novembre 2018 ne serait pas justifiée du point de vue médical, d'une part, que le statu quo ante aurait été atteint le 17 septembre 2018, d'autre part.

    a. Selon l'art. 29 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101), toute personne a droit, dans une procédure judiciaire ou administrative, à ce que sa cause soit traitée équitablement et jugée dans un délai raisonnable (al. 1). Les parties ont le droit d'être entendues (al. 2).

    b. La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu, tel qu'il est garanti par l'art. 29 Cst., celui d'obtenir une décision motivée. Le destinataire de la décision et toute personne intéressée doit pouvoir la comprendre et l'attaquer utilement en connaissance de cause s'il y a lieu, et l'instance de recours doit pouvoir exercer pleinement son contrôle si elle est saisie (ATF 129 I 232consid. 3.2 ; ATF 126 I 15 consid. 2a/aa). Cela implique que l'autorité (en particulier un assureur tel que l'intimé) y mentionne au moins brièvement les éléments de faits pertinents, les dispositions légales applicables et les motifs qui l'amènent à rendre sa décision ; un renvoi général aux pièces du dossier et à la loi ne satisfait pas à l'obligation de motiver (Valérie DÉFAGO GAUDIN, in Commentaire romand de la loi sur la partie générale des assurances sociales, éd. par Anne-Sylvie DUPONT / Margit MOSER-SZELESS, 2018 [ci-après : CR-LPGA], n. 35).

    Il n'y a violation du droit d'être entendu que si l'autorité ne satisfait pas à son devoir minimum d'examiner les problèmes pertinents (ATF 129 I 232 consid. 3.2 ; ATF 126 I 97 consid. 2b). La motivation d'une décision est suffisante lorsque l'intéressé est mis en mesure d'en apprécier la portée et de la déférer à une instance supérieure en pleine connaissance de cause (ATF 122 IV 14 consid. 2c). En règle

générale, l'étendue de l'obligation de motiver dépend de la complexité de l'affaire à juger, de la liberté d'appréciation dont jouit l'autorité et de la potentielle gravité des conséquences de sa décision (ATF 112 Ia 107 consid. 2b).

c. Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu - pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière - est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa ; ATF 126 V 131consid. 2b et les références). Elle peut se justifier en présence d'un vice grave notamment lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure (ATF 137 I 195 consid. 2.3.2 ; ATF 136 V 117 consid. 4.2.2.2 ; ATF 133 I 201 consid. 2.2). Enfin, la possibilité de recourir doit être propre à effacer les conséquences de la violation. Autrement dit, la partie lésée doit avoir eu le loisir de faire valoir ses arguments en cours de procédure contentieuse aussi efficacement qu'elle aurait dû pouvoir le faire avant le prononcé de la décision litigieuse (ATAS/511/2014 du 16 avril 2014 consid. 13b ; ATAS/1081/2013 du 6 novembre 2013 consid. 4c ; ATA/304/2013 du 14 mai 2013 consid. 4c ; ATA/126/2013 du 26 février 2013).

d. En l'espèce, la motivation de la décision sur opposition querellée apparaît certes sommaire : après avoir rappelé qu'elle n'avait jamais contesté l'existence d'un accident et que le litige avait trait à la problématique de la causalité, l'intimée s'est principalement référée au rapport du Dr H_____, lequel avait retenu que les examens radiologiques ne démontraient pas de lésion structurelle et que l'incapacité de travail du 18 juillet au 11 novembre 2018 ne serait pas justifiée du point de vue médical, le statu quo ante ayant été atteint le 17 septembre 2018.

Cela étant, cette décision est suffisamment motivée pour que la recourante en saisisse la portée et expose, dans le cadre de la présente procédure de recours, les raisons pour lesquelles l'intimée ne pouvait selon elle retenir un statu quo ante au 17 septembre 2018. Dans ce cadre, elle a pu avoir accès à son dossier administratif complet et présenter librement ses objections et arguments devant la Cour de céans, laquelle dispose d'un pouvoir d'examen identique à celui de l'intimé. Partant, même à supposer que le droit d'être entendu a été violé - ce qui ne paraît pas établi - cette violation peut quoi qu'il en soit être considérée comme réparée devant la Cour de céans. Le grief tiré d'une violation du droit d'être entendue doit dès lors être écarté.

16. La recourante soutient ensuite qu'en mettant un terme, dans sa décision du 17 mai 2019, à ses prestations avec effet au 17 septembre 2018, l'intimée a procédé à une reconsidération sans que les conditions n'en soient remplies.

Il ressort toutefois de la décision entreprise que l'intimée a renoncé à réclamer les indemnités journalières et frais médicaux déjà payés jusqu'à la date de la décision, soit le 17 mai 2019. L'intimée a ainsi, conformément à la jurisprudence susmentionnée (ATF 133 V 57 consid. 6), mis fin à ses prestations avec effet ex nunc et pro futuro, de sorte qu'elle n'avait pas à se fonder sur un motif de reconsidération ou de révision procédurale. Ce grief est dès lors infondé.

17. S'agissant du fond du litige, l'intimée s'est basée sur les avis du Dr H_____ des 12 novembre 2018 et 15 mars 2019 pour retenir que le statu quo ante avait été atteint le 17 septembre 2018 et que l'incapacité de travail du 18 juillet au 11 novembre 2018 n'était pas justifiée du point de vue médical.

Il convient à titre liminaire de relever que ces appréciations médicales ne sont pas le fait d'un spécialiste indépendant, le Dr H_____ devant être considéré comme un médecin interne à l'intimée. Par ailleurs, elles ont été établies sur dossier. Ces éléments ne remettent toutefois pas en question la valeur probante de ces rapports, pour autant que ceux-ci se fondent sur suffisamment de pièces établies suite à un examen clinique de la recourante et qu'ils répondent aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante.

En l'espèce, le Dr H_____ s'est référé dans sa première appréciation au rapport d'IRM réalisé le 18 juillet 2018 et au rapport de la Dresse G_____ du 23 octobre 2018. Dans son avis du 15 mars 2019, il s'est fondé sur l'arthroscanner réalisé en septembre 2018 et le rapport de la Dresse I_____ du 5 février 2019. Ces deux appréciations sont cependant extrêmement succinctes. Le Dr H_____ ne discute aucunement les pièces citées, il se contente d'en retenir quelques mots (« absence de lésion structurelle définie » pour l'IRM et l'arthroscanner, « perforation centrale du ligament luno-triquétral, amincissement du TFCC » pour le rapport de la Dresse G_____). Dans son premier rapport, il conclut, sans aucune explication, à l'absence de justification pour l'incapacité de travail attestée à compter du 18 juillet 2018, date du statu quo ante. Dans son second rapport, il retient cette fois, à nouveau sans aucune explication, que le statu quo ante aurait été atteint le 17 septembre 2018 - et non plus le 18 juillet 2018 -, tout en maintenant que l'incapacité de travail du 18 juillet au 11 novembre 2018 n'était pas justifiée du point de vue médical.

Ces éléments permettent déjà de douter de la valeur probante de ces rapports.

S'y ajoute le fait que, contrairement à ce que soutient l'intimée, le dossier contient des pièces contredisant ces avis : ainsi, dans son rapport du 21 septembre 2018, le Dr E_____ explique clairement le déroulement et les conclusions de l'arthroscanner, qui a mis en évidence l'existence d'une perforation du ligament triangulaire du carpe, d'une perforation du ligament luno-triquétral et d'un amincissement du ligament TFCC. Il justifie un arrêt de travail jusqu'au 7 octobre 2018 en raison des douleurs, précisant qu'une nouvelle évaluation aura lieu dans les deux mois. Dans son rapport du 23 octobre 2108, la Dresse G_____ confirme le

diagnostic posé par le Dr E_____ et précise que l'évolution est favorable, avec une reprise progressive des amplitudes articulaires. Elle mentionne toutefois à titre de limitations des douleurs et un manque de force et atteste une totale incapacité de travail jusqu'au 2 novembre 2018, une reprise du travail étant envisageable dans les six semaines. Elle préconise une adaptation du poste de travail et une diminution du port de charges. Par ailleurs, elle répond par la négative à la question de savoir s'il existe des circonstances particulières pouvant influencer de manière défavorable le processus de guérison (comme des maladies antérieures, des accidents ou des circonstances sociales).

Le dossier contient encore un rapport de la Dresse I_____ du 5 février 2019, notant des mobilités récupérées, avec une raideur en fin de course, une flexion obtenue à quasi 70° et une extension à 55°, voire 60° et une douleur sur le versant ulnaire du poignet, surtout à l'appui axial en hyperextension.

À la lecture des rapports du Dr E_____ et de la Dresse G_____ - tous deux spécialisés en chirurgie de la main -, qui témoignent tous deux d'une absence de récupération complète à la suite de l'accident et justifient les arrêts de travail de la recourante, l'on peine à comprendre sur quoi le Dr H_____ s'est basé pour retenir que le statu quo ante aurait été atteint le 18 juillet 2018, puis le 17 septembre 2018.

Dans le cadre de la présente procédure, l'intimée a produit un nouveau rapport du Dr H_____, daté du 25 octobre 2019, lequel n'est pas plus clair que les précédents. Après avoir procédé à un résumé des rapports d'examens (radiographie, IRM et arthroscanner), il conclut à nouveau à l'absence de lésion structurelle définie, mais relève que les résultats d'imagerie seraient partiellement contradictoires, et qu'une corrélation avec les problèmes cliniques présentés n'est pas évidente, sans plus d'explications. Il retient cette fois un statu quo sine sans aggravation directionnelle au plus tard le 17 septembre 2018, mais recommande de compléter le dossier médical sur les antécédents, admettant ainsi ne pas disposer de tous les éléments pour se prononcer.

Au vu de ce qui précède, en particulier de l'absence de valeur probante des rapports du Dr H_____, des contradictions contenues entre ces derniers et de l'incertitude quant à une récupération complète en février 2019 (la Dresse I_____ a suggéré que de nouveaux examens soient effectués), l'intimée ne pouvait conclure, sur la seule base des rapports de son médecin-conseil, à un statu quo ante le 17 septembre 2018 et au caractère injustifié de l'incapacité du 18 juillet au 11 novembre 2018.

Le dossier médical n'étant pas suffisamment instruit, la Cour de céans n'est pas en mesure de trancher le fond du litige. La valeur probante des avis médicaux sur lesquels s'est fondée l'intimée pour rendre sa décision étant contestable, il se justifie, au vu de la jurisprudence susmentionnée (ATF 135 V 465), de renvoyer la cause à l'intimée afin qu'elle procède à une instruction complémentaire auprès d'un expert indépendant, spécialiste en chirurgie de la main. Ce dernier aura pour mission de déterminer si le statu quo ante / sine a été atteint, cas échéant à quelle

date, afin de fixer le moment auquel l'obligation de prester de l'intimée a pris fin, tant pour le paiement des indemnités journalières en cas d'incapacité de travail, que pour la prise en charge des frais médicaux induits par le traitement suivi par la recourante.

En ce sens, le recours est partiellement admis et la décision sur opposition de l'intimée du 26 août 2019 annulée. Le dossier est renvoyé à l'intimée pour la mise en œuvre une expertise administrative indépendante.

18. La recourante, représentée par un conseil, obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 89H al. 3 LPA ; art. 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. a LPGA).

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision sur opposition de l'intimée du 26 août 2019.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Condamne l'intimée à verser à la recourante une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens.
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 |
|---|---|
| Marie-Catherine SÉCHAUD | Karine STECK |

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