

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3726/2017

ATAS/608/2018

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 28 juin 2018

3^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à SAINT-JULIEN-EN-GENEVOIS,
France, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître
Christian CANELA

recourante

contre

GENERALI ASSURANCES GENERALES SA, sise avenue
Perdtemps 23, NYON

intimée

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Diane BROTO et Christine LUZZATTO, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée) née en 1962, travaillait en qualité de femme de chambre auxiliaire et était assurée à ce titre par son employeur auprès de GENERALI ASSURANCES GENERALES SA (ci-après : l'assureur-accidents) contre le risque d'accident professionnel ou non.
2. Le 8 septembre 2014, l'assurée a été victime d'un accident professionnel : elle a chuté d'un lit sur lequel elle s'était hissée pour épousseter un cadre accroché au mur et, ce faisant, s'est blessée à la cheville gauche et au poignet droit.
3. L'assurance a pris en charge le cas, puis, par décision du 14 août 2015, a mis fin au versement de l'indemnité journalière avec effet au 31 octobre 2015, laps de temps au terme duquel elle a considéré que l'assurée pourrait s'organiser pour reprendre une activité professionnelle de substitution à 100% sans perte de gain. La prise en charge des frais médicaux était en revanche maintenue tant que la continuation du traitement médical permettrait une amélioration sensible de l'état de santé.

Cette décision a été rendue sur la base d'un dossier auquel ont notamment été versés les documents suivants :

- un rapport établi le jour de l'accident par les urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), dans lequel les médecins disent avoir constaté une mobilisation sensible du poignet droit et une tuméfaction de la malléole externe de la cheville gauche ; les radiographies n'ont montré aucune lésion ostéo-articulaire post-traumatique du poignet ou de l'épaule droits ; elles ont en revanche révélé, au niveau de la cheville gauche, un fragment osseux millimétrique latéralement à l'os cuboïde ; ont été diagnostiqués à titre provisoire : un trauma crânien simple, une entorse de la cheville gauche modérée et une contusion au poignet droit ;
- un certificat d'arrêt de travail du docteur B_____, médecin traitant de l'assurée ;
- un rapport établi après que l'assurée s'est présentée, le 11 septembre 2014, aux urgences du CENTRE HOSPITALIER ANNECY GENEVOIS en se plaignant de l'apparition, le jour-même, d'une intense douleur au genou droit ; la doctoresse C_____ a constaté une mobilité normale dudit genou, l'absence d'œdème, d'hématome ou d'hyperlaxité, un minime choc rotulien et des douleurs à la palpation de la face intéro-externe de la rotule ; une échographie réalisée quelques jours plus tard a montré un épanchement articulaire de faible abondance, à l'exclusion de toute lésion tendineuse ou ligamentaire ;
- le rapport d'une scintigraphie osseuse de la cheville gauche réalisée aux HUG le 30 octobre 2014, révélant une algodystrophie, diagnostic confirmé par le Dr B_____, dans un rapport ultérieur du 2 janvier 2015, ainsi que par les docteurs

D_____ et E_____, du service de rhumatologie des HUG, dans un rapport du 6 janvier 2015 ;

- un rapport du 5 mai 2015 du docteur F_____, rhumatologue, relatant que l'assurée continuait à se plaindre de douleurs de la cheville gauche et au genou droit ; à l'examen, il disait avoir observé que la patiente marchait sans boiterie ; il lui était possible de marcher sur la pointe des pieds et sur les talons, avec quelques difficultés ; le médecin a constaté une mobilité normale et relevé l'absence de tuméfaction à la cheville gauche ; au niveau du genou droit, il a noté un petit épanchement intra-articulaire, avec un signe du rabot fémoro-patellaire ; de nouvelles radiographies des genoux et des pieds n'ont montré ni arthrose, ni déminéralisation dans le contexte de l'algodystrophie diagnostiquée fin 2014 ; aucune anomalie n'a été décelée, hormis un discret pincement fémoro-tibial interne bilatéral ; le Dr F_____ a préconisé la reprise de la physiothérapie et encouragé fortement l'assurée à reprendre une activité professionnelle le plus rapidement possible ;

- le rapport d'expertise rendu par la doctoresse G_____, spécialiste FMH en rhumatologie, du Centre d'expertises médicales (CEMed) de Nyon) le 8 mai 2015 - suite à un examen pratiqué en mars -, relatant que l'assurée se plaignait encore de douleurs aux niveaux de la cheville gauche, du genou droit, des cervicales et des lombaires ; l'examen clinique de la cheville et du pied gauches a été décrit comme sans particularité (absence de tuméfaction, de rougeur, de chaleur, de discoloration, amplitude articulaire conservée et identique à celle de la cheville droite), raison pour laquelle l'experte a retenu qu'il n'y avait plus de signe en faveur d'une algodystrophie active ; de même, l'examen clinique pour les cervico-occipitalgies droites, les lombalgies, mais aussi l'épaule, le poignet et le genou droits s'est révélé dans les limites de la norme ; l'experte a considéré que l'incapacité de travail dans l'activité de femme de chambre restait justifiée, pour éviter une surcharge précoce de la cheville gauche ; en revanche, à compter du 1^{er} juillet 2015, l'assurée serait apte à exercer à plein temps et à plein rendement une activité adaptée (c'est-à-dire n'impliquant ni station debout prolongée, ni déplacements fréquents, ni port de charges de plus de 5 kg) ;

- un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) de la cheville gauche du 12 mai 2015 confirmant l'absence de lésion ostéo-cartilagineuse ou tendino-ligamentaire séquellaire dans le contexte post-traumatique ; seules quelques plages d'œdème médullaire dans le tibia distal et l'astragale ont été constatées, dont la faible importance en nombre et en taille a été soulignée ;

- un rapport du même jour suite à une IRM du genou droit qui s'est révélée d'aspect normal, sous réserve d'une infiltration œdémateuse de la graisse de Hoffa en position sous-rotulienne ; le bilan ménisco-ligamentaire ne montrait aucune déchirure significative ;

- le compte-rendu d'un entretien, le 2 juin 2015, entre l'assurée et un inspecteur des sinistres de l'assurance, dont il ressort qu'aux dires de l'intéressée, seules persistaient des douleurs partant du genou gauche jusqu'au pied ;

- un certificat du 9 juin 2015 du Dr B_____ attestant de la persistance d'une algoneurodystrophie de la cheville gauche suite à l'accident du 8 septembre 2014 ;

- un rapport d'expertise complémentaire du 4 août 2015 de la Dresse G_____, confirmant que les critères permettant de retenir le diagnostic d'algodystrophie n'étaient déjà plus remplis lors de son évaluation du 17 mars 2015 ; il n'y avait aucun signe d'évolution défavorable ; d'ailleurs, le Dr B_____ ne rapportait aucun élément clinique objectif nouveau en faveur d'une péjoration.

4. En date du 14 juillet 2015, l'assurée a été victime d'un nouvel accident : elle s'est fracturé l'extrémité distale du radius gauche (poignet gauche).

Du rapport résumant son passage aux urgences du Centre Hospitalier Annecy Genevois, il ressort qu'elle a « chuté de sa hauteur par maladresse ». Le docteur H_____, médecin généraliste, n'a constaté aucune perte de la sensibilité et de la motricité au niveau du poignet, mais une déformation de sa face dorsale. Ce rapport mentionne une fracture, tantôt du poignet droit, tantôt du gauche. Cependant, le compte-rendu opératoire y annexé fait mention d'une réduction orthopédique par traction axiale du poignet *gauche*, suivie de la mise en place d'un plâtre manchette.

5. Par décision sur opposition du 28 octobre 2015, l'assureur-accidents a accepté de prolonger le versement de l'indemnité journalière jusqu'au 30 novembre 2015.

L'assurance a considéré qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter des conclusions de la Dresse G_____ et qu'en conséquence, l'exercice d'une activité adaptée était médicalement et juridiquement exigible de l'assurée, moyennant un délai d'adaptation. La comparaison des revenus ne montrait aucune perte de gain résiduelle consécutive au changement d'activité.

6. Le 30 novembre 2015, l'assurée a interjeté recours devant la Cour de céans, qui l'a rejeté en date du 22 décembre 2016 (ATAS/1111/2016), au terme d'une instruction ayant permis de recueillir, notamment :

- un compte rendu daté du 23 octobre 2015, dans lequel le docteur I_____, spécialiste en médecine nucléaire, atteste que la scintigraphie osseuse montre une nette amélioration au niveau du pied et de la cheville gauches par rapport à l'examen pratiqué en octobre 2014 (persistance uniquement de signes tardifs modérés de l'algodystrophie ; ce médecin note en revanche la présence d'une probable nouvelle algodystrophie évolutive associée au niveau de la main et du poignet gauches et, dans une moindre mesure, du coude gauche, suite à la nouvelle chute du 14 juillet 2015 ;

- un rapport du 12 novembre 2015 de la doctoresse J_____, radiologue, indiquant qu'un scanner des pieds n'avait mis en évidence aucune anomalie osseuse significative ;

le rapport rendu le 4 mai 2016 par le docteur K_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, relatant que l'assurée se plaignait de douleurs permanentes sous forme de brûlures à l'avant et sous les deux malléoles de la cheville gauche, de douleurs diffuses antérolatérales des deux genoux, prédominant à droite, d'une gêne antérieure au niveau de l'épaule gauche et d'une discrète gêne dorsale au poignet droit, sans limitation de la fonction ou de la force ; l'expert a retenu les diagnostics suivants : état douloureux chronique subjectivement invalidant de la cheville gauche, du poignet gauche et des genoux, sans lésion anatomique significative; status après fracture de Pouteau-Colles du poignet gauche le 14 juillet 2015, consolidée avec un petit défaut d'axe en extension et Südeck secondaire au décours ; status après entorse bénigne de la cheville gauche et du poignet droit le 8 septembre 2014 avec Südeck secondaire, en voie de disparition au niveau de la cheville gauche et guérie au niveau du poignet droit ; troubles dégénératifs débutants du compartiment interne et Hoffite chronique non spécifique sous-rotulienne externe des deux genoux ; l'expert a constaté que la cheville gauche - tout comme la droite - présentait désormais un aspect normal, sans tuméfaction, discoloration ou signe dystrophique et que des IRM pratiquées le 25 janvier et le 12 février 2016 permettaient de constater une nette régression des petites zones d'œdème de l'os spongieux, sans mettre en évidence d'autres lésions ostéoarticulaires significatives visibles ; s'agissant du poignet droit, seule une discrète gêne dorsale était signalée par l'assurée, sans limitations fonctionnelles ; au niveau du genou droit, l'expert a noté une Hoffite (inflammation de la graisse de Hoffa) non spécifique, sans répercussion, qu'il a qualifiée de trouble dégénératif semblable à ceux présents au niveau du genou gauche et donc sans lien de causalité naturelle avec l'accident du 8 septembre 2014 ; l'expert a noté que la fracture du poignet gauche survenue le 14 juillet 2015 avait été consolidée avec un léger défaut d'axe en extension et s'était compliquée d'un Südeck confirmé cliniquement et radiologiquement en automne 2015 ; depuis le début de l'année 2016, l'évolution du poignet gauche était favorable, avec récupération de la plus grande partie de la mobilité et de la force ; les signes dystrophiques avaient disparu, mais un état douloureux subjectif persistait ; l'état douloureux résiduel de la cheville et du poignet gauches était en lien de causalité naturelle « hautement vraisemblable avec les accidents survenus respectivement le 8 septembre 2014 et le 14 juillet 2015 » ; sur le plan somatique, le pronostic quant aux deux événements accidentels était excellent, avec une guérison sans séquelle objectivable pour le premier ; s'agissant du second, l'algodystrophie était en décours et disparaîtrait complètement d'ici fin 2016, ne laissant comme séquelle qu'une petite déformation post-traumatique du poignet asymptomatique ; l'expert n'a retenu aucune atteinte à l'intégrité susceptible d'être indemnisée ; en conclusion, l'expert a confirmé une stabilisation et l'aptitude de l'assurée à reprendre à plein temps et plein rendement une activité adaptée (c'est-à-dire sans station debout prolongée, sans

déplacements fréquents et sans port de charges); la situation avait été temporairement aggravée par l'accident du 14 juillet 2015, qui était en bonne voie de guérison et ne devait plus interférer avec la reprise de travail dans une activité adaptée ;

- un rapport du 30 novembre 2016 du docteur L_____ confirmant la guérison de l'algodystrophie de la cheville gauche et l'absence de séquelle clinique ; par ailleurs, les suites de l'accident du 14 juillet 2015 n'avaient entravé la capacité de travail que jusqu'au 26 avril 2016, au plus tard.

L'arrêt de la Cour du 22 décembre 2016 est entré en force.

7. Un complément d'expertise a été demandé en janvier 2017 au Dr K_____ pour déterminer l'existence d'une éventuelle aggravation des séquelles accidentelles par rapport à son examen du 25 avril 2016.
8. Dans un rapport complémentaire du 22 mars 2017, le Dr K_____ a conclu à l'absence d'aggravation et de limitations fonctionnelles au niveau du pied et de la cheville gauches, l'absence d'atteinte à l'intégrité, et confirmé la pleine capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée.
9. Dès lors, par décision du 9 juin 2017, l'assureur-accidents a mis fin à sa prise en charge du traitement médical, avec effet au 4 mai 2016.

Il a par ailleurs nié à l'assurée le droit à une rente d'invalidité ou à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI).

En revanche, la prise en charge de supports plantaires a été acceptée jusqu'en septembre 2019.

10. Le 29 juin 2017, l'assurée s'est opposée à cette décision, en concluant à titre principal à l'octroi d'une rente d'invalidité et d'une IPAI de 20%, d'une part, à la poursuite de la prise en charge du traitement médical au-delà du 4 mai 2016, d'autre part.
11. Par décision du 26 juillet 2017, l'assureur-accidents a rejeté l'opposition et retiré l'effet suspensif à un éventuel recours.

S'agissant de la rente d'invalidité, l'assurance a constaté que l'assurée ne faisait valoir aucun élément médical motivé à l'appui de l'affirmation selon laquelle elle serait désormais incapable d'accomplir la moindre activité. Pourtant, les investigations médicales n'avaient pas permis d'objectiver une aggravation de l'état de la cheville gauche de l'assurée, raison pour laquelle il convenait de retenir une pleine capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée telle que décrite par le Dr K_____ dans un rapport dont la Cour de céans avait déjà admis la pleine valeur probante dans son arrêt de décembre 2016.

L'assurée ne motivait pas plus sa demande d'IPAI. Or, dans son rapport du 4 mai 2016, le Dr K_____ avait retenu l'absence de lésion anatomique objectivable séquellaire à l'accident du 8 septembre 2014, ce qu'il avait confirmé après un

nouvel examen clinique en mars 2017. Ses constatations étaient d'ailleurs corroborées par celles du Dr L_____. Dès lors, en l'absence de lésions importantes et durables consécutives à l'accident du 8 septembre 2014, il n'y avait pas lieu d'allouer une IPAI.

12. Par écriture du 13 septembre 2017, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en concluant à ce que le traitement médical soit pris en charge jusqu'à « son rétablissement complet », à l'octroi d'une rente d'invalidité de 100% et à l'octroi d'une IPAI de 20 %.

En substance, la recourante se limite à alléguer que son incapacité de gain est permanente et durable, ce qui justifierait selon elle l'octroi d'une rente d'invalidité à 100% et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 50% (sic).

13. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 26 septembre 2017, a conclu au rejet du recours en faisant remarquer que la recourante ne fournissait aucune argumentation critique et circonstanciée à l'appui de ses conclusions.
14. Invitée à se déterminer, la recourante a sollicité l'octroi d'un « ultime délai » à plusieurs reprises, soit le 15 novembre 2017, le 4 décembre 2017, puis le 18 décembre 2017.

Le dernier délai octroyé au 8 janvier 2018 est venu à échéance sans qu'elle ne se manifeste.

EN DROIT

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

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

2. 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.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3).

3. Interjeté dans la forme et le délai prescrits par la loi, le recours est recevable, conformément aux art. 56ss LPGA.
4. Il n'est pas contesté que la recourante a été victime d'un premier accident en date du 8 septembre 2014, qui a eu pour conséquences une entorse de sa cheville gauche - compliquée d'une algodystrophie - et une contusion du poignet droit. L'intimée a pris en charge cet évènement : d'une part, elle a versé des indemnités journalières jusqu'au 30 novembre 2015, d'autre part, elle a assumé les frais de traitement médical jusqu'au 4 mai 2016 et les frais de supports plantaires jusqu'en septembre 2019.

Un second évènement est intervenu le 14 juillet 2015, qui a causé une fracture du poignet gauche de la recourante, suivie d'une algodystrophie en rémission.

Il s'agit là de deux accidents distincts. La présente procédure ne concerne que le droit de la recourante à d'éventuelles prestations en lien avec le premier d'entre eux.

Un premier litige a été soumis à la Cour de céans, qui se limitait à la question de savoir si l'assurée avait droit à des indemnités journalières au-delà du 30 novembre 2015, s'agissant des suites de l'accident du 8 septembre 2014. Cette question a été tranchée par la négative dans un arrêt entré en force.

La Cour de céans est désormais saisie de la question du droit éventuel de l'assurée à la continuation de la prise en charge du traitement médical en lien avec l'accident du 8 septembre 2014 au-delà du 4 mai 2016, d'une part, de son droit éventuel à une rente d'invalidité et à une IPAI, d'autre part.

5. 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.
6. En vertu de l'article 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident.

Le traitement doit être en adéquation avec son but, c'est à dire de nature à apporter une amélioration sensible de l'état de l'assuré. En d'autres termes, l'assuré a droit au traitement médical tant que ce dernier est propre à entraîner une amélioration ou à éviter une péjoration de son état de santé. Il n'est pas nécessaire que le traitement soit de nature à rétablir ou à augmenter la capacité de gain (ATF 116 V 44, consid. 2c ; ATF non publié U 188/04 du 18 juillet 2005, consid. 5.1).

Le but du traitement médical est d'éliminer de la manière la plus complète possible les atteintes physiques ou psychiques à la santé (ATF 113 V 45 consid. 4c). Le traitement médical ne comprend cependant pas uniquement les mesures médicales qui servent à la guérison de l'affection; il englobe aussi les thérapies seulement symptomatiques, de même que les mesures qui servent à l'élimination d'atteintes secondaires dues à l'affection (ATF 111 V 232 consid. 1c, ATF 104 V 96, ATF 102 V 71; RAMA 1985 n° K 638 p. 199 consid. 1b).

Lorsque l'assureur-accidents arrive à la conclusion qu'il n'y a plus lieu d'attendre du traitement médical une amélioration sensible de l'état de santé, il est en droit de refuser la continuation (ATF 128 V 171 consid. 1b et les arrêts cités).

Pour déterminer si les mesures médicales sollicitées amélioreraient notablement l'état de santé de l'assuré ou si elles empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration, il convient d'apprécier le traitement proposé en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical. Il s'agit ensuite de se déterminer en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 125 V 195 consid. 2). Ainsi, lorsque l'amélioration notable paraît possible mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit de l'assuré d'obtenir des prestations médicales doit être nié (ATFA non publié U 262/98 du 9 mai 2000, consid. 2c).

7. En l'espèce, il ressort du rapport d'expertise du 4 mai 2016 - auquel la Cour a déjà reconnu pleine valeur probante dans son arrêt de décembre 2016 (op. cit. consid. 11) que la cheville gauche de la recourante présente désormais un aspect normal. Les petites zones d'œdème avaient déjà nettement régressé au début de l'année 2016 et les examens ne mettaient en évidence aucune lésion ostéoarticulaire significative. L'expert a conclu, en date du 4 mai 2016, à la guérison complète, sans séquelles objectivable, tant au niveau de la cheville gauche que du poignet droit. Ses conclusions ont d'ailleurs été confirmées par le Dr L_____, qui, en novembre 2016, a constaté à son tour la guérison totale de la cheville gauche et l'absence de séquelle clinique.

Dans la mesure où la recourante n'amène aucun élément objectif susceptible de douter de la guérison complète de la cheville et du poignet touchés lors du premier événement au 4 mai 2016, c'est à juste titre que l'intimée a mis un terme à la prise en charge du traitement à compter de cette date. Sur ce point, le recours est rejeté.

8. En vertu de l'art. 18 al. 1 LAA, l'assuré invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident a droit à une rente d'invalidité.

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 18 al. 1 LAA).

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

9. En l'espèce, l'intimée considère que la recourante a recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis le 1^{er} décembre 2015. Elle se fonde pour cela, notamment, sur les avis des Drs G_____ et K_____.

Dans son arrêt de décembre 2016, la Cour de céans a également reconnu pleine valeur probante au rapport d'expertise de la Dresse G_____ (arrêt op. cit. consid. 11). Les conclusions de celle-ci ont d'ailleurs été corroborées par celles du Dr K_____ qui, lui aussi, a constaté que la recourante s'était remise des suites de l'accident du 8 septembre 2014.

Le Dr K_____ a en effet pu observer que l'état de santé de la recourante consécutif au premier évènement était stabilisé et ne nécessitait plus de traitement particulier. Tout comme sa consœur, l'expert a considéré l'assurée apte à exercer à plein temps une activité professionnelle adaptée.

Là encore, la recourante n'apporte aucun élément objectif susceptible de faire douter des conclusions de ces deux experts.

C'est dès lors à juste titre que l'intimée s'est fondée sur une pleine capacité de travail dans une activité adaptée pour procéder à la comparaison des revenus, dont le calcul en lui-même n'est pas contesté par la recourante. Au demeurant, ladite comparaison aboutit à un degré d'invalidité de 0%, similaire à celui de 2,69% auquel est parvenue quant à elle l'assurance-invalidité (cf. décision du 23 février 2017).

Sur ce point également, le recours ne peut donc qu'être rejeté.

10. a) Aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2).

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (arrêt du Tribunal fédéral 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références).

b) L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 113 V 218 consid. 2a; RAMA 1988 p. 236) - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent (ATF 124 V 209 consid. 4bb).

L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité énumérées à cette annexe est fixée, en règle générale, en pour cent du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1 de l'annexe 3). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, en fonction de la gravité de l'atteinte.

Aucune indemnité ne sera versée dans les cas où un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué (ch. 2 de l'annexe 3).

11. En l'espèce, aucune séquelle n'a été constatée, ni au niveau de la cheville gauche, ni à celui du poignet droit.

La recourante se contente de réclamer une IPAI dont elle fixe arbitrairement à 20%, sans motiver aucunement sa prétention, que ce soit en expliquant pour quelle atteinte exactement elle la sollicite, ou la manière dont elle parvient au taux mentionné.

Sur ce point également, le recours doit être rejeté.

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

La greffière

La Présidente

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