

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1085/2007

ATAS/348/2008

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 1**

**du 25 mars 2008**

En la cause

Madame D\_\_\_\_\_, domiciliée au PETIT-LANCY, comparant  
avec élection de domicile en l'étude de Maître S\_\_\_\_\_ Daniel

recourante

contre

ALLIANZ SUISSE SOCIETE D'ASSURANCES, sise  
Laupenstrasse 27, BERNE

intimée

**Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Norbert HECK,  
Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Madame D\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), travaillant comme assistante en médecine dentaire auprès du Dr L\_\_\_\_\_, était à ce titre assurée obligatoirement contre les accidents professionnels et non professionnels, ainsi que les maladies professionnelles, auprès de la compagnie d'assurances ALLIANZ SUISSE (ci-après : ALLIANZ).
2. L'assurée a été victime d'un accident de la circulation le 5 décembre 1998. La conductrice de la voiture, dans laquelle elle était assise comme passagère à l'avant, a perdu la maîtrise de son véhicule dans un virage, celui-ci est alors sorti de la route, s'est retourné et a percuté un arbre.
3. L'assurée a souffert de cervicobrachialgies gauches par séquelles de fractures costales en série et a présenté une impotence fonctionnelle du membre supérieur gauche. Elle a repris son travail le 1<sup>er</sup> novembre 1999, mais a fait une rechute le 12 septembre 2000.
4. Elle a déposé une demande de prestations auprès de l'OCAI le 1<sup>er</sup> octobre 2001, visant à la prise en charge d'un reclassement dans une nouvelle profession.
5. Mandaté par ALLIANZ, le Dr M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a établi un rapport d'expertise le 6 novembre 2001, aux termes duquel il a conclu à une incapacité de travail de 100% au jour de l'expertise, en raison d'une atteinte somatique objectivable qui engendre un état algique chronique fluctuant et une incapacité fonctionnelle importante du membre supérieur gauche. Il a, par ailleurs, recommandé une expertise psychiatrique qui permettrait de mettre en évidence la présence d'un éventuel stress post-traumatique.
6. L'assurée a été mise au bénéfice d'un stage d'observation professionnelle OSER tertiaire du 2 septembre au 1<sup>er</sup> décembre 2002 dans le cadre du centre d'intégration professionnelle (ci-après : CIP) de l'AI. Il résulte du rapport établi à l'issue du stage le 7 janvier 2003 que l'assurée peut travailler à mi-temps avec un rendement normal dans un poste adapté. Le Dr N\_\_\_\_\_, médecin consultant du CIP, a confirmé la capacité de travail à 50% constatée par les maîtres d'atelier.
7. Par décision du 6 février 2004, l'OCAI a refusé l'octroi d'une rente de septembre 2001 à septembre 2002, mais l'a accordée à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2003.
8. Par décision du 24 mai 2004, se fondant sur l'expertise du Dr M\_\_\_\_\_, ALLIANZ a reconnu le droit de l'assurée à une rente complémentaire d'invalidité LAA, ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 19'440 fr. .
9. D'entente avec l'office fédéral des assurances sociales (ci-après : l'OFAS), l'assurance RC, l'OCAI et ALLIANZ, une expertise pluridisciplinaire au centre

d'observation médicale de l'AI (ci-après : COMAI) de Genolier a été mise sur pied. Le Dr O \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, et la Dresse P \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ont réalisé le rapport d'expertise COMAI le 23 janvier 2005.

Sur le plan somatique, l'examen est objectivement proche de la normale. Aucun examen n'a permis depuis 1998 de mettre en évidence clairement une pathologie explicative de la situation, le dernier tableau neurologique du Dr Q \_\_\_\_\_ n'expliquant pas le tableau constaté. L'assurée a déclaré qu'elle se faisait aider dans toutes les activités du quotidien alors que l'expert a observé qu'elle se déshabillait sans problème, qu'elle mobilisait normalement son membre supérieur gauche lorsqu'il s'est agi d'enlever son alliance et que la mesure des périmètres des membres supérieurs est la même des deux côtés, ce qui va à l'encontre d'une sous ou non utilisation d'un côté. L'expert a pris contact avec le Dr R \_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant, qui s'est révélé très surpris d'apprendre qu'une rente AI avait été admise, rapportant que l'assurée ne s'était jamais plainte auprès de lui d'un handicap quelconque au niveau du membre supérieur gauche. La patiente le consulte habituellement pour des problèmes de grippe, sinusite ou orgelet. L'expert partage l'avis du Dr Q \_\_\_\_\_ lorsqu'il décrit initialement des migraines qui ont été suivies de céphalées médicamenteuses secondaires à des abus médicamenteux. Ce type de situation est banal, se retrouve chez plus de 10% des céphalalgiques chroniques et se traite par un sevrage des substances en cause d'abord, puis par l'introduction d'un traitement adéquat. L'expert relève enfin que la fatigue dont se plaint l'assurée est non objectivable, puisqu'aucune pathologie n'a été mise en évidence pouvant perturber gravement la qualité du sommeil. Le Dr R \_\_\_\_\_ a cependant signalé à cet égard une hypotension qui pourrait expliquer une partie de la fatigue et aussi une anémie qui justifie ponctuellement un traitement.

Sur le plan psychique, il est relevé que l'assurée n'a pas été traumatisée par son accident, qu'il n'y a aucun signe en faveur d'un état de stress post-traumatique et que du reste elle n'émet aucune plainte à cet égard et n'éprouve pas le besoin de consulter un psychiatre.

Aussi les deux experts ont-ils conclu à une capacité entière de travail dans toute activité.

Selon eux, l'accident dont a été victime l'assurée le 5 décembre 1998 est la cause possible (moins de 50%) de l'atteinte à la santé actuelle.

10. Par décision du 8 septembre 2006, ALLIANZ a informé l'assurée qu'elle mettait un terme à son obligation de prestations à partir du 1<sup>er</sup> mars 2006, étant toutefois précisé qu'elle ne revenait pas sur sa décision d'IPAI du 24 mai 2004.
11. L'assurée a formé opposition le 11 octobre 2006. Elle a contesté le bien-fondé des conclusions de l'expertise COMAI.

12. Par décision du 12 février 2007, ALLIANZ a rejeté ladite opposition. Elle souligne que le rapport d'expertise remplit les réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. Elle reprend à cet égard point par point les critiques de l'assurée et considère en conclusion qu'il n'y a pas de raison de s'écarter de l'appréciation des Drs O\_\_\_\_\_ et P\_\_\_\_\_. Elle rappelle que, selon ces médecins, le lien de causalité naturelle n'a pas été établi avec une vraisemblance prépondérante.
13. L'assurée, représentée par Me S\_\_\_\_\_, a interjeté recours le 15 mars 2007 contre ladite décision sur opposition. Elle reproche au Dr O\_\_\_\_\_ de n'avoir pratiqué aucun examen, alors même qu'une atteinte fibromyalgique a été évoquée en 2000. Le médecin s'est, en effet, contenté d'indiquer que les points de fibromyalgie étaient positifs au niveau gauche, de l'épicondyle gauche, ainsi qu'au niveau des articulations post-sternales gauches, sans toutefois quantifier les points classiques de fibromyalgie. Elle persiste ainsi à douter sérieusement de la pertinence des conclusions de l'expertise sur le plan somatique, ainsi que sur le plan psychiatrique. Elle rappelle que les atteintes dues à l'accident (déficience physique au niveau du membre supérieur gauche, les cervico-brachialgies, la symptomatologie douloureuse dans un contexte de fibromyalgie, l'état d'épuisement généralisé) sont restés stationnaires, avec une aggravation de la symptomatologie douloureuse en raison de céphalées chroniques et de lombalgies apparues ultérieurement. Considérant que le lien de causalité naturelle entre ces atteintes et l'accident est certain, elle conclut à ce qu'ALLIANZ reprenne le versement de la rente complémentaire d'invalidité avec effet au 1<sup>er</sup> mars 2006.
14. Dans sa réponse du 17 avril 2007, ALLIANZ a proposé le rejet du recours.
15. Par courrier du 18 avril 2007, l'assurée a produit copie du compte-rendu de l'examen myographique pratiqué le 28 mars 2007 par le Dr T\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie et selon lequel elle présente des signes de dénervation modérés et chroniques, affectant les muscles dont l'innervation procède en particulier de C7, une minime dénervation d'aspect chronique dans la rhomboïde gauche concernant C4 et une compression vasculaire positionnelle évidente dans la traversée toraco-brachiale.

Force est d'admettre selon elle, à la lecture de ce compte-rendu que, contrairement à ce qui a été retenu dans le cadre de l'expertise rhumatologique du Dr O\_\_\_\_\_, les atteintes invalidantes au niveau du membre supérieur gauche ainsi que des dorsolombaires, sont confirmées par constatation médicale objective. Partant, compte tenu de ces atteintes chroniques, somatiques, lombaires et ostéo-articulaires, aggravées dans un contexte psychique invalidant, il est permis d'affirmer que les atteintes en relation avec l'accident perdurent à ce jour.

16. Invitée à se déterminer, ALLIANZ a consulté le Dr U\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie. Selon ce médecin, le Dr T\_\_\_\_\_ n'a trouvé aucune

pathologie qu'on pourrait mettre en lien de causalité naturelle avec l'accident du 5 décembre 1998. Il ne s'est pas non plus prononcé au sujet d'un éventuel lien de causalité naturelle entre les constatations du 27 mars 2007 et l'événement du 5 décembre 1998. Aussi, le Dr U \_\_\_\_\_ est-il d'avis que ses conclusions du 26 juillet 2006 sont confirmées par le rapport du neurologue du 28 mars 2007.

17. Par arrêt du 6 novembre 2007, le Tribunal de céans a rejeté le recours de l'assurée, interjeté contre la décision rendue par l'OCAI le 6 février 2004, lui supprimant la rente d'invalidité au motif que la décision initiale d'octroi était manifestement erronée.
18. Les dernières écritures d'ALLIANZ ont été transmises à l'assurée et la cause gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA).

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités).

Sur le fond, le Tribunal de céans relève que la décision litigieuse ayant été rendue en date du 12 février 2007 et statuant sur un état de fait juridiquement déterminant remontant à l'année 1998, le présent litige sera examiné à la lumière des anciennes dispositions de la LAA pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LPGA pour la période postérieure (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). Il convient quoi qu'il en soit de relever que ces dispositions n'ont pas modifié la notion d'accident et d'invalidité selon l'ancienne LAA et la jurisprudence du TFA y relative est toujours d'actualité. Les règles de procédures sont quant à elles immédiatement applicables (art. 82 LPGA; ATF 127 V 427 consid. 1).

3. En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, la LPGA et son ordonnance d'application s'appliquent sans réserve dès le jour de leur

entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

Le Tribunal de céans constate que le recours, interjeté dans les formes et délai légaux, est recevable, conformément à l'art. 60 LPGA.

4. L'objet du litige porte sur le droit de l'assurée à la rente au-delà du 1<sup>er</sup> mars 2006 en raison de l'accident de la circulation dont elle a été victime le 5 décembre 1998. Singulièrement il s'agit de se prononcer sur le lien de causalité entre cet événement et les atteintes à la santé dont elle souffre.
5. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). Il résulte de la définition même de l'accident que le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné, ou non, des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède, dans le cas particulier, le cadre des événements et des situations que l'on peut, objectivement, qualifier de quotidiens ou d'habituels (ATF 129 V 404 consid. 2.1; 122 V 233 consid. 1; 121 V 38 consid. 1a et les références). Pour les lésions dues à l'effort (soulèvement, déplacement de charges notamment), il faut examiner de cas en cas si l'effort doit être considéré comme extraordinaire, en tenant compte de la constitution physique et des habitudes professionnelles ou autres de l'intéressé (ATFA non publié du 15 octobre 2004, cause U 9/04). Le critère du facteur extérieur extraordinaire peut résulter d'un mouvement non coordonné. Lorsque le déroulement naturel du mouvement est influencé par un phénomène extérieur (mouvement non programmé), l'exigence d'une incidence extérieure est en principe remplie. Dans cette hypothèse, l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire doit être admise. En effet, le facteur extérieur, soit l'interaction entre le corps et l'environnement, constitue en même temps le facteur extraordinaire en raison de l'interruption du déroulement naturel du mouvement (ATF 130 V 118 consid. 2.1).

6. La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références).
7. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, tout d'abord, un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel

---

et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie 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, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. 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 181 consid. 3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

On rappellera que lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas 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) (cf. RAMA 1992 no U 142 p. 75 consid. 4b; MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, p. 469 nos 3 et 4; DEBRUNNER / RAMSEIER, Die Begutachtung von Rückenschäden, Berne 1990, p. 52; Die Zusammenarbeit von Richter und Arzt in der Sozialversicherung, Bulletin des médecins suisses 71/1990, p. 1093). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident.

Pour admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle, il suffit que l'événement assuré soit en partie à l'origine de l'atteinte à la santé. Un état dégénératif ou morbide antérieur n'exclut pas l'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident, cela pour autant que l'événement ait au moins déclenché ou aggravé l'atteinte préexistante (voir ATF du 13 mars 2007 U /532/07; ATF 123 V 43 consid. 2b p. 44, 116 V 145 consid. 2c p. 147 et la jurisprudence citée; RAMA 2001 n° U 435 p. 332 [arrêt E. du 5 juin 2001, U 398/00]; Alfred BÜHLER, Die unfallähnliche Körperschädigung, in : RSAS 1996 p. 94; Rudolf WIPF, Koordinationsrechtliche Fragen des UVG, in : RSAS 1994 p. 9 ss). Par ailleurs, l'aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident n'est établie, selon la jurisprudence,

---

que lorsque la radiographie met en évidence un tassement subit des vertèbres ou l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un traumatisme (RAMA 2000 n° U 363 p. 45, consid. 3a et la référence citée).

8. Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (ATFA du 27 octobre 2005 U 389/04; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2 et la référence), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 264 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé, celui-ci doit à tout le moins établir au degré de la vraisemblance prépondérante que les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêts B. du 30 novembre 2004, U 222/04, C. du 14 octobre 2004, U 66/04, et N. du 4 octobre 2004, U 159/04).

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*) sur la base du critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; 125 V 195 consid. 2; ATFA non publié U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2.3).

Enfin, selon la jurisprudence fédérale, si l'atteinte à la santé est seulement déclenchée, mais pas provoquée par l'accident, l'assurance-accidents prend en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel (RAMA 2000 n° U 378 p. 190 consid. 3 [ATFA non publié du 7 février 2000, U 149/99]; ATFA non publié du 18 août 2000, U 4/00; cf. également DEBRUNNER/RAMSEIER, *Die Begutachtung von Rückenschäden*, Berne 1980, p. 54 ss, en particulier p. 56).

Par ailleurs, le seul 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*»; cf. ATF 119 V 341 sv., consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 ss, 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.

9. 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. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de U\_\_\_\_\_ Bâle, 2000, p. 268).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. 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 125 V 351 consid. 3a).

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. Ainsi, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. (ATF 125 V 353 ss consid. 3b/ee; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). La Cour européenne des droits de l'homme a estimé que ce principe n'était pas contraire à l'art. 6 par. 1 CEDH garantissant le droit à un procès équitable (JAAC 1998 95 917). Cette situation peut cependant faire naître des soupçons de prévention qui, pour être retenus, doivent reposer sur des éléments objectifs et pas uniquement sur les impressions de l'assuré (ATFA non publié du 17 février 2006, U 234/05, consid. 2.1).

S'agissant enfin de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2)

10. Selon les experts du COMAI, l'assurée présente une capacité entière de travail dans toute activité. Sur le plan somatique, ils ont relevé que l'examen était objectivement proche de la normale et qu'aucun examen n'avait permis depuis 1998 de mettre en évidence clairement une pathologie explicative de la situation quant au bras gauche, le dernier tableau neurologique du Dr Q\_\_\_\_\_ n'expliquant pas le tableau constaté. Sur le plan psychique, ils ont considéré que l'assurée n'avait pas été traumatisée par son accident, qu'il n'y avait aucun signe en faveur d'un état de stress post-traumatique et que du reste elle n'émettait aucune plainte à cet égard.

Selon eux, l'accident dont a été victime l'assurée le 5 décembre 1998 est la cause possible (moins de 50%) de l'atteinte à la santé actuelle.

11. L'assurée conteste le bien-fondé des conclusions des experts du COMAI. Elle leur reproche de n'avoir pas investigué le diagnostic de fibromyalgie déjà évoqué en 2000 et de n'avoir pas retenu les atteintes au niveau du membre supérieur gauche et des dorsolombaires, pourtant confirmées par l'examen myographique pratiqué par le Dr T\_\_\_\_\_.

Le Tribunal de céans constate que le diagnostic de fibromyalgie n'a pas été retenu par la Dresse P\_\_\_\_\_. Il y a également lieu de rappeler que la présence d'un trouble somatoforme douloureux avait été clairement exclue par le Dr NAICHE, entendu par le Tribunal de céans le 3 juillet 2007 dans le cadre du litige AI.

S'agissant du rapport du Dr T\_\_\_\_\_ du 28 mars 2007, force est de constater que celui-ci ne se prononce pas sur un éventuel lien de causalité entre l'accident et les atteintes mises en évidence. Il ne dit pas non plus si celles-ci sont de nature invalidantes et le cas échéant dans quelle mesure. Quoi qu'il en soit, les experts du COMAI en ont expressément tenu compte dans leur rapport du 23 janvier 2005.

Le Tribunal de céans a par ailleurs déjà eu l'occasion, dans son arrêt du 6 novembre 2007, de constater que le rapport des Drs O\_\_\_\_\_ et P\_\_\_\_\_ remplissait tous les réquisits de la jurisprudence permettant de lui attribuer pleine valeur probante.

12. L'assurée évoque par ailleurs un contexte psychique invalidant.

Elle n'apporte toutefois aucune précision à cet égard. Il résulte au surplus du rapport du COMAI qu'elle n'avait pas formulé de plaintes relatives à d'éventuelles atteintes psychiques, lors de l'expertise. La Dresse P\_\_\_\_\_ avait du reste relevé à cet égard que l'assurée ne ressentait pas le besoin de consulter un psychiatre.

13. Il y a par ailleurs lieu de rappeler à cet égard que par décision du 6 février 2004, confirmée par le Tribunal de céans le 6 novembre 2007, l'OCAI a supprimé la rente AI qui avait été accordée à l'assurée depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2003 considérant que la décision initiale d'octroi était manifestement erronée.
14. Ainsi que le Tribunal fédéral des assurances l'a déclaré à maintes reprises, la notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entrent en ligne de compte pour l'assuré. La définition de l'invalidité est désormais inscrite dans la loi. Selon l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas. D'un autre côté, l'évaluation de l'invalidité par l'un de ces assureurs ne peut être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. A tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée.

Une appréciation divergente ne peut intervenir qu'à titre exceptionnel et seulement s'il existe des motifs suffisants. A cet égard, il ne suffit donc pas qu'une appréciation divergente soit soutenable, voire équivalente. Peuvent en revanche constituer des motifs suffisants le fait qu'une telle évaluation repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou encore qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré. A ces motifs de divergence déjà reconnus antérieurement par la jurisprudence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité (ATFA non publié du 30 novembre 2004, I 50/04).

15. En l'espèce, force est de constater que les conclusions tant en matière d'assurance invalidité qu'en matière d'assurance accidents sont identiques, de sorte que la décision AI vient confirmer le bien-fondé de la décision rendue par l'intimée.
16. Aussi le recours doit-il être rejeté.

**PAR CES MOTIFS,  
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A 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); 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-Louise QUELOZ

Doris WANGELER

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