



### **EN FAIT**

1. Monsieur P\_\_\_\_\_, né en 1952, travaillait comme aide-fondeur au sein de l'entreprise X\_\_\_\_\_ S.A., à Genève. A ce titre, il était assuré auprès de la SUVA contre les accidents professionnels et non professionnels (ci-après l'assureur).
2. Le 15 avril 2005, l'assuré, qui se trouvait sur son lieu de travail, a subi un fort choc électrique en tenant la commande électrique d'un palan avec sa main droite tout en saisissant avec la main gauche le crochet de la barre de fer du palan, dont une vis était défectueuse. L'assuré est resté « collé » aux pièces qu'il tenait, avant d'être projeté à terre et de perdre connaissance.
3. Transporté aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après les HUG) par un collègue, l'assuré y est resté en observation pendant deux heures. Une petite brûlure de 2<sup>ème</sup> degré au majeur de la main droite ainsi que des douleurs aux membres supérieurs ont été constatées. Un examen clinique et un électrocardiogramme ont été effectués, qui se sont révélés normaux. Il n'y avait pas d'incapacité de travail (rapport du 3 août 2005 du Dr A\_\_\_\_\_ des HUG).
4. L'assuré a consulté son médecin traitant, le Dr B\_\_\_\_\_, lequel a attesté d'une incapacité de travail totale jusqu'au 24 avril 2005.
5. Dès le 25 avril 2005, l'assuré a repris son travail à plein temps.
6. L'assureur a pris en charge les suites de l'accident.
7. Le 28 avril 2005, l'assuré a été pris d'un malaise sur son lieu de travail. Depuis lors, l'assuré est en incapacité de travail totale.
8. Par rapport du 15 juillet 2005, le Dr B\_\_\_\_\_ a indiqué que suite à son accident du 15 avril 2005, l'état de santé de l'assuré nécessitait un suivi auprès d'un psychiatre.
9. Par rapport du 29 août 2005, le Dr C\_\_\_\_\_, psychiatrie traitant, a expliqué que l'assuré présentait un état dépressif d'intensité sévère d'origine post-traumatique. Le choc électrique se traduisait encore par des contractures et des myalgies qui intéressaient tout le corps. L'assuré présentait une asthénie, une perte d'élan vital, une perplexité et une absence aux réalités. L'assuré restait durablement sous le coup du choc électrique et l'arrêt de travail était justifié.
10. Dans un avis du 29 septembre 2005, le Dr D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de l'assureur, a considéré comme probable la relation de causalité entre les troubles diagnostiqués par le Dr C\_\_\_\_\_ et l'accident. Selon le médecin d'arrondissement, l'incapacité de travail était toujours

justifiée. Il proposait d'enquêter sur les faits, à savoir le type de courant, le voltage, si l'assuré était resté collé au tableau électrique, et s'il y avait eu des témoins. Cela lui semblait nécessaire vu la tournure psychique qui évoluait.

11. Par décision du 4 octobre 2005, l'assureur a octroyé à l'assuré des indemnités journalières dès le 28 avril 2005.
12. Par rapport d'enquête du 5 octobre 2005, l'assureur a pris note des explications fournies par l'assuré : le jour de l'accident, il se trouvait dans la fonderie occupé à tenir la commande électrique d'un palan dans la main droite tout en saisissant avec sa main gauche le crochet de la barre de fer du palan. Lorsqu'il avait eu dans ses mains ces deux objets, il était resté collé à ceux-ci durant une vingtaine de secondes avant d'être projeté par terre par le courant 380 triphasé. Il avait senti le courant lui passer à travers le corps et le courant lui avait brûlé le majeur de la main droite. Le courant l'avait projeté sur le sol et il s'était évanoui pendant une à trois minutes selon Monsieur Q \_\_\_\_\_, un collègue témoin. Il était ensuite resté couché sur le sol pendant trente minutes, puis on l'avait aidé à se relever. La surveillance aux HUG s'était faite pendant deux heures et aucune médication ne lui avait été proposée. Il avait été dirigé vers son médecin traitant, lequel lui avait prescrit un arrêt de travail d'une semaine et des antalgiques. Dès juillet 2005, il avait consulté un psychiatre. Il était encore en arrêt de travail, ne supportait aucun effort, sinon tout le corps se mettait à trembler. La brûlure au doigt de la main était guérie sans séquelle. Du point de vue somatique, l'assuré considérait que rien ne l'empêcherait de reprendre son activité à 100%.
13. Suite à un examen de l'assuré effectué le 21 novembre 2005, le Dr D \_\_\_\_\_ a constaté le développement d'un état de stress post-traumatique qui perdurait avec asthénie, tremblements, agressivité et perte d'élan vital. Actuellement, l'assuré n'était suivi que par son psychiatre. Il se plaignait de douleurs au niveau des épaules irradiant jusque vers le bas du dos. Il avait eu un examen rhumatologique et bénéficiait de séances de physiothérapie. Selon le Dr D \_\_\_\_\_, l'examen clinique ne montrait rien de patent au niveau somatique. Il proposait à l'assuré un séjour à la Clinique romande de réadaptation (ci-après CRR) afin de lui permettre de réintégrer le plus vite possible le circuit professionnel.
14. Du 6 au 22 décembre 2005, l'assuré a séjourné à la CRR où des investigations médicales ont été effectuées. Selon le rapport établi le 10 janvier 2006 par le Dr E \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique, réhabilitation et rhumatologie, le status était sans particularité, à l'exception de nombreux tremblements et soupirs. Une scintigraphie osseuse n'avait mis en évidence aucune lésion de type nécrotique au niveau des épaules. L'assuré présentait la symptomatologie complète d'un état de stress post-traumatique (F43.1) avec des intrusions continuelles, des conduites d'évitement et un tableau d'hyperéveil. L'incapacité de travail était totale.

15. Du 31 janvier au 28 mars 2006, l'assuré a séjourné à la CRR pour une prise en charge psychothérapeutique du syndrome de stress post- traumatique secondaire à l'électrocution, pour un bilan neurologique dans le cadre de tremblements des membres supérieurs lors d'efforts ainsi que pour un bilan orthopédique concernant les douleurs à l'épaule gauche. Selon le rapport du 11 avril 2006 du Dr E\_\_\_\_\_, il est retenu à l'épaule gauche un conflit sous-acromial a minima mais sans tendinopathie. Une imagerie par résonnance magnétique (ci-après IRM) de l'épaule gauche n'avait mis en évidence aucune capsulite. L'examen neurologique n'avait mis en évidence aucune atteinte organique, à l'exception de tremblements et de myoclonies dans le contexte d'un syndrome de stress post-traumatique. La limitation au niveau de l'exercice d'une activité lucrative était d'origine essentiellement psychologique.
16. Par décision du 31 mars 2006, l'assureur a confirmé le versement des indemnités journalières et la prise en charge des frais de traitement.
17. Par rapport du 19 septembre 2006, le Dr F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie auprès des HUG, a diagnostiqué un état de stress post-traumatique et un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques. Un suivi médicamenteux et une psychothérapie étaient nécessaires.
18. A la demande de l'assureur, le Dr H\_\_\_\_\_, chef de clinique au département de psychiatrie des HUG, a expliqué, par rapport du 31 octobre 2006, que l'état dépressif est en relation de causalité pour le moins probable avec l'électrocution. Le patient décrivait la survenue d'une symptomatologie évoquant un syndrome de stress post-traumatique dans la période qui a suivi l'accident. La nature de l'électrocution dont il avait été victime semblait correspondre à un événement stressant (un accident grave) au sens de la définition donnée par la CIM-10 du syndrome de stress post-traumatique. En plus des symptômes typiques et spécifiques de ce syndrome, le patient présentait d'autres symptômes que l'on retrouve également dans la dépression, trouble fréquemment associé à l'état de stress post-traumatique.
19. Par rapport du 18 novembre 2006, le Dr I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales auprès des HUG, a diagnostiqué une capsulite à l'épaule gauche et des signes d'irritation musculaire de la région scapulaire gauche.
20. Par rapport du 6 mars 2007, le Dr I\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une capsulite rétractile à l'épaule gauche. Il a remarqué un seuil douloureux très abaissé, un état dépressif et une surcharge psychique évidente.
21. Le 23 mars 2007, une arthro-IRM de l'épaule gauche a été effectuée démontrant essentiellement une capsulite, mais sans évidence de lésion capsulaire, ainsi que des arguments en faveur d'un discret conflit sous-acromial. Il n'y avait pas de rupture de la coiffe notable (rapport du Dr J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie).

22. Par rapport du 3 avril 2007, le Dr H\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de stress post-traumatique et la symptomatologie dépressive s'étaient compliqués par un trouble du sommeil et une réaggravation des douleurs chroniques au niveau du bras. Le syndrome dépressif était en relation de causalité avec le traumatisme survenu en avril 2005. Suite à l'électrocution, l'assuré avait commencé à présenter des phénomènes d'intrusion et de revivance du traumatisme qui l'ont conduit à une perte de confiance en soi, à un changement de ses habitudes de vie entraînant une modification durable de la personnalité et un repli sur lui-même et une tristesse envahissante. Une amélioration était incertaine compte tenu de la réponse négative aux différents traitements.
23. Du 23 mai au 27 juin 2007, l'assuré a séjourné à nouveau à la CRR. Selon le rapport du 29 juin 2007 du Dr E\_\_\_\_\_, s'agissant de l'épaule gauche, le diagnostic de capsulite rétractile était écarté et l'assuré ne présentait plus la bursite sous-acromiale diagnostiquée en février 2006. Il existait une discrète tendinopathie d'insertion du supra-épineux et un espace sous-acromial à peine réduit. Les nouvelles radiographies des deux épaules étaient normales et la nouvelle scintigraphie osseuse triphasique ne montrait pas d'élément en faveur d'une ostéonécrose des têtes humérales qui auraient pu être secondaires à l'électrocution. Par ailleurs, le bilan biologique à la recherche d'un syndrome inflammatoire était normal. Il était donc difficile de comprendre pourquoi après deux ans d'un repos complet, les symptômes douloureux étaient encore au premier plan. Il paraissait donc évident que les facteurs personnels et psychologiques étaient prépondérants dans l'évolution de la douleur de l'épaule gauche. Vu l'absence d'atteinte organique objective au niveau des épaules et compte tenu de l'absence d'amélioration lors du séjour, les médecins ne conseillaient pas de physiothérapie à la sortie de la CRR. Par contre, ils conseillaient la poursuite d'une prise en charge médico-psychologique, avec travail des expositions aux agents physiques ainsi qu'aux ordinateurs dans le but d'une préparation à la reconversion professionnelle et la poursuite du traitement médicamenteux habituel. Les limitations fonctionnelles étaient entièrement psychologiques et liées au syndrome de stress post-traumatique ; l'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle et de 80% dans une activité adaptée. Sur le plan physique, il convenait d'éviter le port de charges lourdes, les mouvements répétitifs et les travaux de force.
24. Par rapport du 3 juillet 2007, le Dr K\_\_\_\_\_ du service de neuropsychiatrie et du laboratoire du sommeil des HUG, a retenu que les troubles importants du sommeil sont à mettre en relation avec le syndrome de stress post-traumatique.
25. Par rapport du 12 février 2008, le Dr I\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré avait récupéré progressivement la mobilité de l'épaule gauche. Une demande de réadaptation était en cours.

26. Par rapport du 19 mars 2008, le Dr H\_\_\_\_\_ a retenu un état de stress post-traumatique après électrocution, un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et une modification durable de la personnalité, suite à un accident. Vu l'absence d'éléments objectifs pour une bursite sous-acromiale, une capsulite rétractile de l'épaule gauche et /ou une tendinopathie du supra-épineux, il y avait un syndrome douloureux chronique compatible avec le diagnostic de trouble somatoforme douloureux. L'incapacité de travail était totale.
27. Par décision du 19 mai 2008, l'assureur a mis un terme au versement des prestations d'assurance au 1<sup>er</sup> juin 2008, au motif que les troubles psychiques subsistants ne sont pas en relation de causalité adéquate avec l'accident du 15 avril 2005.
28. Le 30 mai 2008, l'assuré a formé oralement opposition contre cette décision, faisant valoir qu'il souffre de cauchemars, de douleurs musculaires à l'épaule gauche, d'un manque de force, de troubles du sommeil et de la concentration, de fatigabilité et d'irritabilité. Il a produit un rapport daté du 3 juin 2008 du Dr I\_\_\_\_\_, selon lequel en avril et mai 2008, il notait la persistance d'une limitation des amplitudes de l'épaule gauche nécessitant une rééducation physique à sec et en piscine.
29. Par décision sur opposition du 23 juin 2008, l'assureur a confirmé sa position, niant tout lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident. Il n'y avait aucun élément démontrant la persistance de troubles organiques dus à l'accident au-delà du 1<sup>er</sup> juin 2008. Dès lors, au vu de la présence de troubles relevant uniquement de la sphère psychique, il y avait lieu de déterminer si une relation de causalité adéquate avec l'événement assuré était donnée, la relation de causalité naturelle pouvant rester ouverte. Selon l'assureur, l'accident était de gravité moyenne. Le critère de la nature et de la gravité de l'atteinte n'était pas réalisé, vu la brûlure au 2<sup>ème</sup> degré du majeur de la main droite. De plus, la lésion avait guéri sans séquelles. L'accident avait certes un caractère relativement impressionnant, mais il n'avait pas une influence déterminante dans l'apparition ou le développement des troubles psychiques. Enfin, mise à part la physiothérapie, seul un traitement psychique avait été entrepris.
30. Par acte du 21 juillet 2008, l'assuré interjette recours contre la décision, faisant valoir des douleurs musculaires permanentes, une perte de mémoire et des troubles de la concentration depuis l'accident.
31. Par décision du 6 août 2008, l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger a alloué au recourant une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> avril 2006, compte tenu d'une incapacité de travail totale dès le 15 avril 2005, et d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée dès le 1<sup>er</sup> juin 2007 (taux d'invalidité de 71%).
32. Par écriture du 3 septembre 2008, l'assuré, représenté par Maître Karin BAERTSCHI, a complété son recours. Il conclut à l'annulation de la décision

litigieuse, à ce qu'il soit constaté que ses troubles psychiques sont en lien de causalité avec l'accident, qu'il a droit à une rente d'invalidité de 71% et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Il rappelle que trois diagnostics ont été posés, à savoir un état de stress post-traumatique, un état dépressif sévère sans symptômes psychotiques et une modification durable de la personnalité suite à son accident. Il explique que lors de son accident, il a été « collé » aux objets qu'il tenait, puis projeté à terre et a perdu connaissance. Les circonstances permettaient de classer l'accident dans la catégorie des accidents graves. L'intimée avait retenu en outre qu'il n'y avait pas eu objectivement de mise en danger de sa vie, alors qu'il est notoire qu'une décharge électrique de cette intensité a fréquemment cette conséquence. Par conséquent, le lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques doit être admis.

33. Par réponse du 22 septembre 2009, l'intimée conclut au rejet du recours pour les motifs mentionnés dans sa décision. Elle rappelle que les troubles persistants sont dépourvus d'étiologie organique, ce que le recourant admet implicitement. Selon la jurisprudence, l'accident doit être, objectivement et indépendamment de ses suites ou de la façon dont il a été vécu, qualifié comme étant de gravité moyenne. En outre, six des sept critères jurisprudentiels n'étaient pas remplis puisque l'atteinte somatique, soit la brûlure de D3 à la main droite de 2<sup>ème</sup> degré n'avait justifié qu'une brève incapacité de travail, avait rapidement guéri sans difficulté, n'avait pas laissé de douleurs persistantes et n'est pas de nature à entraîner, en tant que telle, des troubles psychiques. Restait le critère du caractère impressionnant ou dramatique de l'accident, lequel, à supposer qu'il doive être retenu, ne pouvait revêtir une intensité suffisante pour que soit admise l'existence d'un lien de causalité adéquate sur cette seule base.

34. En date du 11 novembre 2008, le Tribunal de céans a entendu les parties. Le recourant a expliqué que le courant lui était passé à travers le corps, les douleurs étaient terribles, il avait cru que son cœur allait exploser, cela avait duré environ 30 secondes. Il avait cru que sa dernière heure avait sonné, le courant était tellement fort, il était collé à l'appareil électrique et il ne pouvait rien faire. Il avait cru hurler, mais ses collègues lui ont dit n'avoir rien entendu. Depuis l'accident, il souffre toujours de douleurs au bras gauche, à la nuque et au dos, il ne peut pas dormir normalement, il revit l'accident et doit se relever pour prendre des médicaments. Il n'a plus de mémoire et doit tout noter.

L'intimée a indiqué que les accidents par électrocution sont relativement rares. Il s'agit d'un accident moyennement grave, au vu de la jurisprudence sur les accidents qualifiés de graves. L'intimée ne s'opposait pas à ce que soit investigué, par des tests, l'état mnésique du recourant qui allègue des pertes de mémoire. Cet aspect n'était pratiquement pas documenté. L'intimée a suggéré la production du dossier AI.

35. Suite à cette audience, le Tribunal de céans a suspendu l'instruction de la cause dans l'attente des tests à effectuer par l'intimée.
36. A la demande du Tribunal de céans, l'OAI a transmis le dossier du recourant.
37. Par rapport daté du 9 mars 2009, la Dresse L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neuroradiologie, a relevé que l'IRM cérébrale et cervicale pratiquée le 5 mars 2009 n'avait pas constaté d'anomalie hormis une dessiccation au niveau de l'ensemble des espaces inter-somatiques cervicaux, mais sans aucune progression discale.
38. L'assuré a ensuite subi des examens neurologique et neuropsychologique à la CRR.
39. Par rapport du 11 mai 2009, le Dr M\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a diagnostiqué un tremblement physiologique exagéré et une électrocution.

Il a rappelé que le recourant avait été hospitalisé à la CRR en 2005, 2006 et 2007. En 2006, un tremblement physiologique exagéré avait été diagnostiqué, alors qu'il existait des signes indirects d'hypervigilance liée à l'état de stress post-traumatique. Depuis la sortie du recourant de la CRR en 2007, des progrès avaient été obtenus notamment par rapport à l'état de stress et les antidépresseurs avaient pu être stoppés. Néanmoins, le patient gardait des difficultés et la reprise de l'activité professionnelle n'avait pas été possible. Il s'agissait donc de clarifier l'origine des troubles de la mémoire et de la concentration, ce par une IRM cérébrale et cervicale ainsi que par des examens neurologique et neuropsychologique.

Actuellement, l'assuré rapportait des douleurs musculaires étendues sur le rachis mais surtout cervicales ainsi qu'au membre supérieur gauche. Il y avait aussi des troubles de la concentration, des difficultés attentionnelles, des troubles de la mémoire, ces derniers étant particulièrement importants. L'assuré doit noter les tâches à réaliser. Le tremblement est toujours présent, mais de moindre importance, posant seulement des problèmes lorsque des efforts de concentration sont nécessaires. Il y a aussi des insomnies rebelles, avec des troubles de l'endormissement et des réveils précoces.

Le médecin relève que depuis l'accident, il y a des troubles de la concentration, de l'attention, de la mémoire et des insomnies. Ces troubles ont été confrontés à un examen neuropsychologique, et ont été effectivement retrouvés dans les tests, avec des déficits mnésiques, attentionnels et touchant les fonctions exécutives chez un patient ralenti (avec un bas niveau scolaire). Les troubles observés sont diffus, non spécifiques et il n'y a pas de signe de focalisation.

Par ailleurs, l'examen neurologique est normal, il n'y a en particulier aucun signe de dysfonction cérébrale focale. C'est donc sans surprise que l'IRM cérébrale et cervicale ne révèle aucune anomalie significative, étant précisé que les trois modifications millimétriques visualisées sont non spécifiques et sont du reste

retrouvées très fréquemment chez les personnes normales de cet âge. Il n'y en particulier aucune évidence de lésions post-traumatiques telles qu'on aurait pu les imaginer dans ce cas.

Le médecin expliquait les troubles cognitifs à travers trois éléments. Premièrement, le patient avait développé à la suite de l'accident un état de stress post-traumatique et si l'évolution en a été favorable, des séquelles persistent et peuvent influencer défavorablement les capacités attentionnelles, et donc la mémoire. Deuxièmement, le patient prenait encore une importante médication psychotrope qui peut aggraver les troubles (notamment la mémoire). Enfin, il présentait des insomnies rebelles, qui à elles seules suffiraient à expliquer un ralentissement, une atteinte mnésique et des troubles attentionnels.

Par ailleurs, le médecin a noté à l'examen clinique une surélévation de l'épaule gauche en situation d'examen, avec des douleurs à la mobilisation de cette articulation dans tous les plans, mais sans déficit neurologique. La surélévation était en outre beaucoup moins nette lorsque le patient fonctionnait en dehors de la situation d'examen. Il ne pouvait donc retenir dans ce cas une dystonie et l'examen neurologique des membres supérieurs est de fait normal.

Le Dr M\_\_\_\_\_ a joint le rapport d'examen neuropsychologique effectué le 7 mai 2009 par Madame R\_\_\_\_\_, psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP. Il en résulte que le recourant présente des troubles cognitifs diffus qui n'évoquent pas une souffrance cérébrale focalisée sans que l'on puisse exclure des séquelles de l'électrocution. La composante psychologique (état de stress post-traumatique chronique) semble toutefois la cause la plus probable de ces troubles. Enfin, la prise régulière de psychotropes (troubles du sommeil) peut également aggraver la symptomatologie.

40. Par pli du 1<sup>er</sup> octobre 2009, l'intimée a transmis l'appréciation neurologique établie par le Dr M\_\_\_\_\_ du 11 mai 2009. L'intimée persiste dans ses conclusions, faisant valoir qu'aucune lésion organique post-traumatique n'a été mise en évidence.
41. Par écriture du 12 novembre 2009, le recourant persiste également dans ses conclusions. Il fait valoir que suite aux examens neuropsychologiques, Mme R\_\_\_\_\_ n'a pas exclu que tous les troubles cognitifs diagnostiqués (troubles mnésiques modérés à sévères, troubles attentionnels, dysfonctionnement, ralentissement et affaiblissement) soient une conséquence directe de l'accident. Elle a même précisé que l'état de stress post traumatique chronique semble être la cause la plus probable de ces troubles. En outre, le recourant indique que si le Dr M\_\_\_\_\_ considère que les insomnies dont il souffre suffisent à expliciter ces troubles, il n'en demeure pas moins que lesdites insomnies sont une conséquence directe de l'accident. Par conséquent, contrairement à ce qu'indique l'intimée dans

son courrier du 1<sup>er</sup> octobre 2009, il ne s'agit pas d'une « simple possibilité d'origine traumatique » mais bien d'une probabilité certaine. Le lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques présentés et l'accident dont il a été victime est dès lors établi.

42. Après avoir adressé une copie de cette écriture à l'intimée, le Tribunal de céans a gardé la cause à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), 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 ; RS 830.1) qui sont 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. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).
3. Le recours, interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, est recevable (art. 56 ss LPGA).
4. L'objet du litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée à supprimer avec effet au 1<sup>er</sup> juin 2008, le droit du recourant à des prestations d'assurances pour les suites de l'accident du 15 avril 2005.
5. L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA). Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 4 LPGA; ATF 122 V 232 consid. 1 et les références). 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).

6. a) L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère 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, 406 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*; RAMA 1992 no U 142 p. 75, consid. 4b; FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, no 141). 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 no U 341 p. 408 sv., 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.

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 (RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2, arrêt U 355/98 du 9 septembre 1999) entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans les limites 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 261 consid. 3b p. 264). 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 (ATF non publié du 23 novembre 2009, cause 8C\_463/2009, consid. 3).

- b) 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 181 consid. 3.2, 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a et les références).

En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 291 consid. 3a).

Par contre, en présence de troubles psychiques, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans leur déclenchement. La jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale); les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le

---

caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 115 V 140 consid. 6c/aa et 409 consid. 5c/aa).

A titre d'exemple, le Tribunal fédéral des assurances a statué sur le cas d'un manoeuvre employé dans une entreprise de transformation de bois qui, travaillant avec une fraiseuse, a vu sa main happée par celle-ci, ce qui a entraîné la perte de trois doigts. Cet accident a été classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, à la limite des accidents graves et la causalité adéquate a été admise (RAMA 1999 n° U 346 p. 428).

La causalité adéquate a par contre été niée dans le cas d'un assuré travailleur manuel dont la main dominante a été mutilée lorsqu'il découpait une plaque métallique avec une scie circulaire, parce que le critère de la gravité ou de la nature particulière des lésions physiques propres selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques n'était pas réalisé au regard de l'ensemble des circonstances (RAMA 2002 n° U 449, p. 53).

7. a) En l'occurrence, il résulte des pièces médicales versées au dossier que les troubles persistants - à la date déterminante du 1<sup>er</sup> juin 2008 - ne relèvent pas d'une atteinte physique. Lors de son séjour à la CRR du 23 mai au 27 juin 2007, le recourant a en effet été soumis à de nouvelles investigations qui ont permis d'écartier les diagnostics de bursite sous-acromiale, de capsulite rétractile de l'épaule gauche et de tendinopathie du supra-épineux. En outre, les radiographies et scintigraphie osseuse des épaules étaient normales, tout comme le bilan biologique, de sorte que les médecins ont conclu à l'absence d'atteinte organique objective (Dr E\_\_\_\_\_, rapport du 29 juin 2007).

Le recourant présente par contre des atteintes psychiques, à savoir un état de stress post-traumatique après électrocution, un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, une modification durable de la personnalité suite à un accident et un syndrome douloureux chronique compatible avec le diagnostic de trouble somatoforme douloureux (Dr H\_\_\_\_\_, rapport du 19 mars 2008). En outre, les examens effectués dans le cadre de la procédure en cours ont permis de confirmer également l'origine psychique des troubles de la mémoire et de l'attention dont souffre le recourant (Dr M\_\_\_\_\_, rapport du 11 mai 2009 et Mme R\_\_\_\_\_, rapport du 7 mai 2009).

Par ailleurs, le Tribunal de céans constate, à la lecture des pièces médicales, qu'il y a lieu d'admettre que s'agissant à tout le moins de l'état de stress post-traumatique, de l'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, de la modification durable de la personnalité et des troubles cognitifs, que ces atteintes psychiques sont, au degré de la vraisemblance prépondérante, dans un rapport de causalité naturelle avec l'accident au vu de l'avis concordant des médecins et de la psychologue à ce propos (rapports des Drs D\_\_\_\_\_ du 29 septembre 2005,

H\_\_\_\_\_ des 31 octobre 2006 et 3 avril 2007, M\_\_\_\_\_ du 11 mai 2009 et de Mme R\_\_\_\_\_ du 7 mai 2009). S'agissant du diagnostic de trouble somatoforme douloureux, le Tribunal de céans constate cependant qu'aucun médecin ne s'est prononcé sur le lien de causalité naturelle entre cette atteinte et l'accident. Cette question peut toutefois rester ouverte, compte tenu des considérations qui suivent.

b) Il convient de déterminer si les troubles psychiques sont en lien de causalité adéquate avec l'accident, étant précisé que l'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit ; elle doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration ou le juge, et non par les experts médicaux (ATF 102 V 176 consid. 4b).

Il y a lieu d'examiner dans un premier temps si l'accident doit être qualifié de grave, comme le prétend le recourant. Il sied à cet égard de rappeler que pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même.

En l'occurrence, le recourant se trouvait sur son lieu de travail lorsqu'en manipulant un boîtier métallique défectueux, il a reçu une décharge électrique de 380 volts triphasé entre la main gauche et la main droite. Ses mains sont restées collées aux pièces métalliques pendant plusieurs secondes, puis le recourant a été projeté au sol et a perdu connaissance pendant une à trois minutes. Lorsque le recourant a repris connaissance, il est resté allongé une demi-heure. Ses collègues l'ont ensuite emmené aux urgences, où il est resté en observation pendant deux heures. Une brûlure de 2<sup>ème</sup> degré a été constatée au majeur de la main droite ainsi que des douleurs aux membres supérieurs. Il a pris des antalgiques et a été en incapacité de travail pendant neuf jours.

Le Tribunal de céans est d'avis que le déroulement de l'événement du 15 avril 2005 et l'intensité des atteintes qu'il a générées ne sont pas tels qu'il faille retenir, dans le cas particulier, l'existence d'un accident grave. Le Tribunal fédéral des assurances a d'ailleurs jugé que l'on était en présence d'un accident de gravité moyenne dans un cas concernant une assurée qui avait subi une électrocution suivie d'une perte de connaissance avec spasmes musculaires (RAMA 3/1993 p. 93 consid. 2b).

Au demeurant, le Tribunal de céans relèvera que même si l'on devait retenir que l'accident survenu le 15 avril 2005 se trouve à la limite des accidents graves, la causalité adéquate ne pourrait quoi qu'il en soit pas être admise au vu des considérations qui suivent.

Les critères déterminants que sont la gravité des lésions subies, la durée anormalement longue du traitement médical, les douleurs physiques persistantes ainsi que la durée et le degré de l'incapacité de travail dues aux seules atteintes à la

santé physiques font, en l'occurrence, défaut. En effet, si les brûlures subies par le recourant sont certes d'une certaine importance (2ème degré), elles ne sauraient pour autant être qualifiées de graves ou de sérieuses, vu le caractère pour le moins limité de la brûlure, soit le majeur de la main droite. En outre, le recourant a présenté des douleurs aux membres supérieurs, mais sans atteinte organique objectivable, ni pathologie neurologique. De surcroît, le traitement médical n'a pas été anormalement long, difficile ou compliqué et l'incapacité de travail, en raison des seules lésions somatiques, a duré dix jours.

Enfin, on ne peut certes nier un certain caractère impressionnant à l'accident, vu sa soudaineté et sa durée, soit vingt secondes (si l'on s'en tient aux premières déclarations du recourant - rapport d'enquête du 5 octobre 2005 - lesquelles n'ont cependant pas été confirmées par les témoins) pendant lesquelles le recourant a subi un fort courant électrique et a souffert sans pouvoir se dégager des pièces métalliques. On ne saurait toutefois retenir que ce critère revêt en l'espèce une intensité telle qu'il suffirait à lui seul pour reconnaître un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques présentés par le recourant et l'accident, et ce d'autant plus que l'événement en question était en rapport avec les risques auxquels un aide-fondeur peut être exposé sur son lieu de travail (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 339/9 du 17 avril 2000). A cet égard et par comparaison, le Tribunal fédéral des assurances a par exemple nié que la condition du caractère impressionnant de l'accident fût remplie dans le cas d'un travailleur victime d'un accident dans les circonstances suivantes : une lourde pierre s'était détachée d'un mur haut de 2 m 70 d'un immeuble en démolition et lui a percuté le dos, puis la cheville gauche, alors qu'il s'apprêtait à franchir une fenêtre; le choc l'a projeté en avant et il s'est trouvé face contre terre, à cheval sur la base de l'encadrement de la fenêtre (arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 24 février 2004, U 338/05). Ou encore dans le cas d'un travailleur qui était tombé d'un échafaudage d'une hauteur d'environ trois à quatre mètres (arrêt du 9 septembre 2004, U 393/04) ou d'un travailleur qui avait chuté d'une échelle d'une hauteur d'environ 4,5 mètres dans une fouille (arrêt du 27 décembre 2005, U 144/05; voir aussi l'arrêt du 30 novembre 2005, U 21/06 consid. 4.5). Il l'a en revanche admis dans le cas d'un assuré qui, lors de travaux de démolition de boxes de garages, s'est trouvé pressé contre une benne de déchets par un pan de mur en plâtre s'écroulant sur lui tandis que le toit menaçait également de s'effondrer, et qui a subi plusieurs fractures à la suite de cet événement nécessitant une hospitalisation de plusieurs jours (arrêt du 10 juillet 2000, U 89/99). Or, certains éléments qui rendent le déroulement de l'accident précité particulièrement impressionnant ne se retrouvent pas dans celui dont a été victime le recourant.

Compte tenu de ce qui précède, force est de constater qu'aucun des critères jurisprudentiels ne revêt en l'occurrence une importance particulière.

8. Le caractère adéquat du lien de causalité entre l'événement survenu le 15 avril 2005 et les troubles psychiques existant à la date déterminante du 1<sup>er</sup> juin 2008 doit être nié.
9. La décision entreprise n'est dès lors pas critiquable et le recours se révèle mal fondé.

**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 ; 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

Irène PONCET

Sabina MASCOTTO

La secrétaire-juriste : Amélia PASTOR

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