

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3352/2009

ATAS/892/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 5

du 1^{er} septembre 2010

En la cause

Monsieur G _____, domicilié à Genève, représenté par
ASSUAS Association suisse des assurés

recourant

contre

SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, 6004 Lucerne

intimée

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Monique
STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur G _____, né en 1950, est technicien et directeur au sein de l'entreprise X _____ SA à Genève et, à ce titre, assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : SUVA, puis intimée).
2. Le 24 février 2005 est réalisée une IRM cervicale de l'assuré, en raison de brachialgies gauches avec déficit dans le territoire C5-C6 suite à un traumatisme, motivant une recherche de myélopathie post-traumatique. Selon le rapport y relatif, les atteintes suivantes ont été constatées :

"Troubles dégénératifs prédominant au niveau C4-C5 et C5-C6 sous forme d'une discarthrose avec perte de hauteur intersomatique et mur ostéophytaire postérieur. Uncarthrose en C5-C6 et C6-C7 à droite entraînant un rétrécissement des trous de conjugaison à ces niveaux. Pas d'autre lésion décelable."

3. Le 11 mars 2005, l'employeur de l'assuré annonce à la SUVA un accident survenu le 31 octobre 2004. Il y déclare qu'en repoussant un lave-vaisselle, l'assuré a touché du bras gauche un câble électrique dénudé qui passait sous le bloc de cuisine et qui était invisible. Il a subi une électrocution. Le membre atteint était le bras gauche.
4. Le 11 mars 2005, l'assuré passe également au guichet de la SUVA pour signaler son accident de fin octobre 2004. Concernant les circonstances de l'accident, il est indiqué dans la note d'entretien y relative que l'assuré était en train de réparer un lave-vaisselle chez un client. En repoussant l'appareil dans son logement, il a reçu une forte décharge électrique. Après recherche, il s'est avéré qu'un câble de 380 V dénudé et non inscrit sur les plans de la maison passait sous le bloc de cuisine. Le câble ne faisant pas non plus partie du tableau de distribution de la maison, de sorte que le courant ne pouvait pas être coupé. En repoussant le lave-vaisselle, le bras gauche de l'assuré est entré en contact avec le câble invisible. Le courant est passé de l'avant-bras gauche dans le bras droit pour ressortir par la main droite qui tenait une partie métallique de l'appareil. Le jour même, l'assuré a appelé son médecin qui lui a dit que si son cœur avait tenu, il ne devrait en principe pas avoir trop de problèmes. Par la suite, l'assuré s'est rendu compte qu'il perdait peu à peu de la force dans le bras gauche et est allé voir le Dr L _____, chiropraticien, qui l'a envoyé voir le Dr M _____. Ce dernier lui a dit qu'un ou plusieurs nerfs du bras avaient été brûlés. Cela était réversible, mais il fallait du temps. L'assuré n'a pas eu d'arrêt de travail pour cet accident. Il suit actuellement des drainages lymphatiques.
5. Le 16 octobre 2006, une nouvelle IRM cervicale est pratiquée. La conclusion du rapport relatif à cet examen relève des discrets troubles dégénératifs de la colonne cervicale.

6. Selon le rapport du 20 octobre 2006 du Dr G. M. M _____, neurologue, l'assuré présente des douleurs neurogènes C5-C6 gauches post-électrocution, un possible syndrome des jambes sans repos, une tendinopathie du sus-épineux gauche et une symptomatologie de défilé thoracique. Dans l'anamnèse, le médecin indique que l'épaule a montré une situation stable, ne demandant pas une prise en charge interventionnelle, mais que l'assuré a l'impression que sa musculature s'affaiblit progressivement depuis un an, en particulier dans la région proximale. Cela le gêne particulièrement lorsqu'il doit tenir une perceuse, car il n'arrive pas à garder les bras en haut plus d'une trentaine de secondes. Il peut toutefois soulever une valise de plus de 30 kg sans trop de difficultés. L'extension de la nuque et le fait de regarder vers le haut semble jouer un rôle dans cette faiblesse. De plus, il a une sensation de gêne pendant la nuit avec une impression d'endormissement des muscles des deux cuisses, des déchirures et parfois des secousses dans les jambes. Cette symptomatologie survient surtout lorsqu'il est allongé, et touche également les bras. Enfin, il a l'impression de fonte musculaire au niveau des biceps. Au status clinique, le médecin constate que l'assuré a une musculature bien présente. On peut avoir l'impression d'une légère amyotrophie du bicipital des deux côtés par rapport à la musculature de l'avant-bras qui est particulièrement développée. Dans la discussion, le Dr M _____ relève, sur la base de la symptomatologie de l'examen neurologique, une sorte d'impatience au niveau des membres, plus particulièrement des jambes, qui pourrait évoquer un syndrome des jambes sans repos, même si la sémiologie est un peu particulière. Il y a par ailleurs une discrète parésie proximale C5-C6, plus marquée par rapport à l'année passée, sans trouble de la sensibilité actuellement. Cette sémiologie est un peu plus forte lorsque la nuque est en extension. Cela pourrait évoquer soit un syndrome du défilé thoracique supérieur, soit des problèmes radiculaires C4-C5.
7. Le 16 mai 2007 est pratiquée une IRM lombaire qui montre une discopathie dégénérative au niveau de la jonction dorso-lombaire intéressant les étages D10-D11 et D11-D12 avec pincements discaux et saillies ostéophytiques antérolatérales. Il y a un discret tassement antérieur au niveau des corps vertébraux de D10 et D11 et des hémangiomes intravertébraux au niveau L1 et D12. A cela s'ajoute un hémangiome graisseux de petite taille au niveau du corps vertébral de D12 et D10. Dans le rapport relatif à cet IRM sont aussi signalées des anomalies de signal de type MODIC I et des discopathies dégénératives étagées en L3-L4 sans conflit disco-radiculaire.
8. Dans son rapport du 21 mai 2007, le Dr M _____ confirme les diagnostics précédents. Concernant les douleurs neurogènes précédemment évoquées, il émet le diagnostic de myélopathie et douleurs neurogènes modérées suite à une électrocution en octobre 2004. Il ajoute par ailleurs le diagnostic de hémangiomes vertébraux bénins D12-L1. Le Dr M _____ conclut, après discussion avec le Pr BURKHARD, à un probable restless legs syndrome. Il relève à cet égard que "la

souffrance médullaire peut donner lieu à ce trouble, même si le délai d'apparition (18 mois), semble moins classique".

9. Dans son rapport du 4 juillet 2007, le Dr M _____ relève que l'IRM lombaire est rassurante et qu'il s'agit probablement de problèmes "spastiques". On ne peut mettre les douleurs para-lombaires sur le compte de l'électrocution. Concernant les plaintes urinaires survenues plus d'un an après l'accident, elles ne sont pas classiques pour les myélopathies cervicales.

10. La SUVA soumet le dossier médical de l'assuré à l'appréciation des Drs Walter N _____, spécialiste en chirurgie, et Holger O _____, neurologue. Dans leur rapport du 27 novembre 2007, ils relèvent que, d'après la littérature, une tension de 380V est désignée comme basse tension par la plupart des auteurs. Des séquelles ne surviennent en règle générale qu'avec des hautes tensions (supérieures à 1000V). Se fondant sur les expériences de la littérature médicale, l'assuré ne devrait pas s'attendre à une séquelle neurologique tardive après son accident due à une basse tension. Certes, le Dr M _____ a diagnostiqué des douleurs neurogènes qu'il a attribuées à une lésion de la moelle dorsale provoquée par le courant électrique et à une myélopathie cervicale. Cependant, les études ont montré que les symptômes spinaux de myélopathie apparaissent précocement après le traumatisme et seulement après des accidents dus à une haute tension. Ils se dissipent en outre rapidement. Les Drs N _____ et O _____ remettent en outre en doute le diagnostic même de myélopathie, en rappelant que le Dr M _____ a d'abord parlé d'une discrète parésie du segment C5/C6 qu'il a qualifiée de radiculopathie cervicale. Ce n'est qu'en second lieu, qu'il a diagnostiqué une myélopathie, sans que soient survenus dans l'intervalle de nouveaux faits cliniques et examens radiologiques qui auraient étayé ce diagnostic. Dernièrement se trouvait au premier plan un restless legs syndrome que le Dr M _____ ne pouvait pas expliquer de manière plausible par une myélopathie cervicale, au vu du long laps de latence de 18 mois. Il n'y a par ailleurs pas de description clinique d'un trouble de la marche ou d'une spasticité ni de trouble de la sensibilité profonde, symptômes qui auraient été typiques d'une myélopathie. L'IRM n'a pas non plus montré d'affections de la moelle dorsale comme cause possible d'un restless legs syndrome. Il n'y a aucun examen électro-physiologique concluant à une myélopathie cervicale. En outre, la faiblesse d'abduction du bras gauche de l'assuré peut être expliquée par une tendinite du muscle sus-épineux. Les douleurs neurogènes du bras peuvent être attribuées aisément à une neuropathie gauche, au vu de l'accroissement des douleurs lors de l'extension du rachis cervical et du rétrécissement foraminaux. Partant, les Drs N _____ et O _____ estiment qu'il existe certes entre l'accident et les douleurs du bras gauche, ainsi que le restless legs syndrome une relation causale hautement possible, mais non pas au degré de la vraisemblance prépondérante.

11. Par décision du 8 février 2008, la SUVA met un terme à ses prestations au 26 septembre 2006, considérant que l'accident du 31 octobre 2004 ne joue plus aucun rôle dans les troubles que présente l'assuré.
12. Le 25 février 2008, l'assuré forme opposition à cette décision et prie la SUVA de lui transmettre le dossier le concernant.
13. Le 19 mai 2008, le Dr M _____, devenu professeur entretemps, se détermine sur l'appréciation médicale des Dr N _____ et O _____. Il relève que les plaintes neurologiques de son patient ont été ressenties rapidement après l'électrocution et avaient tendance à augmenter. Les symptômes étaient mineurs au début, raison pour laquelle l'assuré n'a pas immédiatement après l'accident consulté un médecin. Toutefois, ils persistaient et le gênaient dans son activité professionnelle. Concernant son rapport du 4 juillet 2007, le Pr M _____ relève qu'une erreur s'y est glissée, dès lors qu'il fallait non pas lire "spastiques", mais "statiques". Le Pr M _____ estime qu'il n'y a pas d'autres explications qu'une souffrance neurogène médullaire et radiculaire pour expliquer les symptômes du patient, même si l'examen neurologique est dans la norme. Ce sont la concordance temporelle, l'aggravation clinique et la persistance des symptômes qui le font conclure à une telle souffrance, même si elle est relativement légère, en rapport avec l'accident survenu. La présence du restless legs syndrome après des souffrances spinales parle également pour cette souffrance neurogène. Enfin, le rapport urodynamique du 10 juillet 2007 montrait des résultats compatibles avec dyssinergie vésico-sphinctérienne de type neurogène. Ces éléments sont également des arguments en faveur d'une myélopathie consécutive à une électrocution.
14. Dans leur rapport du 21 avril 2009, les Drs N _____ et O _____ se prononcent de nouveau sur le cas de l'assuré, sur la base de son dossier médical. En ce qui concerne la remarque du Pr M _____, selon laquelle les troubles neurologiques sont apparus immédiatement après l'électrocution, ils relèvent que cette assertion repose sur des indications émanant a posteriori de l'assuré plus de deux ans après l'accident, de tels troubles neurologiques d'apparition aussi précoces n'étant pas mentionnés dans les documents véritablement contemporains de l'accident. Ils répètent par ailleurs que, selon la doctrine médicale, on n'observe pas de suites neurologiques tardives en règle générale après des accidents à basse tension et le Pr M _____ n'explique pas pour quelle raison en l'occurrence cet accident aurait occasionné de telles suites. En outre, selon la doctrine médicale, les troubles neurologiques s'amendent et disparaissent rapidement. Ils ne tendent pas à persister ni à s'accroître. En ce que le Pr M _____ estime qu'une lésion médullaire constitue la seule et l'unique cause des troubles de l'assuré, les Drs N _____ et O _____ soulignent qu'il ne répond pas à la question de savoir pourquoi la myélopathie constituerait une cause plus vraisemblable des troubles de l'assuré qu'une radiculopathie associée à une discopathie des segments

C4-C5, alors que ces modifications ont été clairement mises en évidence par une IRM et que leur origine non accidentelle ne fait pratiquement aucun doute. Les médecins mettent également en question la solidité du diagnostic du syndrome de jambes sans repos et indiquent que l'origine d'un tel syndrome reste indéterminée, selon la doctrine médicale. Celle-ci relève qu'il n'apparaît suite à des lésions médullaires que lorsque celles-ci sont associées à des déficits neurologiques massifs. Enfin, une lésion médullaire n'a jusqu'ici pas été confirmée par les examens cliniques et radiologiques. Partant, ces médecins persistent dans leurs conclusions précédentes.

15. Par décision du 17 juillet 2008, la SUVA rejette l'opposition de l'assuré, en ce se fondant sur l'appréciation médicale des Drs N _____ et O _____.
16. Le 5 août 2009, le Pr M _____ fait parvenir à la SUVA le dernier rapport de consultation neurologique concernant l'assuré. Il relève qu'il n'est pas le médecin traitant de celui-ci mais le neurologue que le patient a consulté en raison de ses problèmes neurologiques. Il répète, concernant les cervico-brachialgies, qu'elles sont apparues après le choc électrique et qu'elles peuvent uniquement être expliquées par cet accident. Les séquelles de celui-ci n'expliquent cependant pas tout le tableau. A cet égard, le Pr M _____ fait état d'une légère atteinte du nerf ulnaire gauche et d'une fracture du bord postérieur de la glène au niveau de l'épaule gauche. L'atteinte ulnaire n'est pas en rapport avec l'accident, mais tel doit être admis pour le problème osseux et la discrète myélopathie. Les séquelles plus tardives (lombalgies, restless legs syndrome) sont plus difficilement à mettre en rapport avec l'électrocution.
17. Le 9 septembre 2009, le Dr CHAPUIS, chiropraticien, informe le mandataire du recourant qu'il a prodigué des traitements le 26 octobre 2004, en raison de douleurs de l'épaule et du bras gauche. Son diagnostic était périarthrite scapulo-humérale (PSH) post-traumatique. Il a prescrit un traitement chiropratique (travail musculaire et mobilisation de l'épaule et du bras gauche).
18. Le 14 septembre 2009, l'assuré recourt contre la décision de la SUVA du 17 juillet 2009, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à la condamnation de l'intimée au paiement des prestations de l'assurance-accidents obligatoire, sous suite de dépens. Préalablement, il demande notamment l'audition du Dr Pierre HOFFMEYER du Service de chirurgie orthopédique des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Il allègue qu'il a été secoué lors de l'accident plusieurs fois de droite à gauche par la décharge électrique, jusqu'à ce que le courant l'eut lâché. Il est alors tombé par terre. Il avait l'épaule démontée et a dû se rendre le jour même chez le Dr Pierre-Yves L_____. Par la suite, il avait toujours mal à l'épaule et au bras, douleurs pour lesquelles il a reçu des massages lymphatiques. Cependant, les douleurs ne cessaient d'augmenter et il perdait de plus en plus la force du bras gauche. Il relève par ailleurs que l'intimé n'a pas jugé utile

de prendre contact avec le Dr L _____ afin d'avoir des documents contemporains de l'accident. En outre, le recourant a consulté le Pr M _____ le 11 mars 2005. Il est donc faux de dire que la première consultation date du 27 septembre 2006. S'il n'a pas immédiatement déclaré l'accident, c'est que son médecin lui a dit que son état allait s'améliorer, s'il n'avait pas de problèmes au cœur. Enfin, il produit un nouveau rapport le 26 août 2009 du Pr M _____ à l'appui de ses dires.

19. Selon ce dernier rapport, le diagnostic de jambes sans repos a été évoqué en 2007. En 2008, le diagnostic a été confirmé, sur stabilisation de la clinique et sur la base du fait que les agonistes dopaminergiques avaient diminué les symptômes, même si ce traitement a dû être arrêté en raison des effets secondaires. Le Pr M _____ préconise une mesure d'enregistrement au sommeil pour poser le diagnostic du syndrome de jambes sans repos. Les causes de ce syndrome sont pour 40 % idiopathiques (sans cause externe) ou liées à des problématiques neurologiques génétiques. Parmi les causes secondaires actuellement reconnues, ce neurologue cite un manque de fer, une atteinte des reins, un diabète, une sclérose en plaque, un Parkinson, une grossesse, certains rhumatismes et une insuffisance veineuse, ainsi qu'une diminution des vitamines. Il admet le lien de causalité entre les atteintes et l'accident d'électrocution sur la base de son expérience et de celle de certains collègues, même si cela n'est pas reconnu dans la littérature. On ne peut pas exclure que la cause dudit syndrome soit l'électrocution. Par ailleurs, l'anémie et le taux de ferritine semblent être dans les normes. Le syndrome des jambes sans repos survient chez un certain pourcentage de la population. De ce fait, pour un examinateur externe, cela diminue la probabilité de la causalité. Le Pr M _____ relève en outre avoir suivi deux autres personnes qui ont développé des jambes sans repos suite à des accidents, sans troubles neurologiques massifs. Enfin, il n'a pas trouvé dans la littérature des données qui suggèrent que ce syndrome survienne uniquement après des déficits neurologiques massifs. Son diagnostic et son appréciation sur le rapport de causalité constitue une conclusion clinique, comme souvent dans des situations marginales. A son avis, il n'existe pas de possibilité de démontrer une causalité. Cela est également le cas pour d'autres pathologies telles que les syndromes post-commotionnels. Quant à la myélopathie cervicale, les décharges électriques peuvent la causer. Les douleurs neurogènes diagnostiquées chez le recourant en sont le seul témoin, en l'absence de signe moteur spécifique ni des signes électro-physiologiques pour une atteinte médullaire. Le Pr M _____ a discuté de ce problème au groupe neuromusculaire du 26 août 2009 et ses collègues pensent que les symptômes sensitifs sont en rapport avec l'électrocution, mais qu'il y a actuellement des douleurs d'insertion musculaire qui sont venues secondairement. La faiblesse d'abduction du bras gauche du recourant est en premier lieu en rapport avec une atteinte tendineuse du muscle sus-épineux, une arthrose acromyoclaviculaire et une fracture du bord postérieur de la glaine. Pour les radiologues qui avaient fait une arthro-IRM de l'épaule gauche le 25 mai

2005, ces anomalies étaient en rapport avec l'électrocution. Le Dr HOFFMEYER pourrait répondre plus spécifiquement à cette question. La faiblesse de l'abduction du bras gauche est également due à des douleurs neurogènes et à une douleur d'insertion musculaire secondaire. Enfin, les troubles sphinctériens peuvent être en rapport avec une atteinte médullaire mais, in casu, il y a une explication urologique.

20. Par écritures du 13 novembre 2009, l'intimée conclut au rejet du recours. Elle relève notamment que le Pr M _____ confirme qu'il n'y a aucun signe moteur spécifique ni électro-physiologique en faveur d'une atteinte médullaire. En tant qu'il admet un rapport de causalité entre le syndrome des jambes sans repos et l'électrocution, il semble s'être fondé uniquement sur la date d'apparition du trouble postérieurement à l'accident et son expérience professionnelle, laquelle n'est pas reconnue par la doctrine. Par ailleurs, le recourant n'a pas subi un choc électrique à haute tension et ses symptômes ont persisté, ce qui est contraire à ce qui est observé dans les études dont ont fait état les Drs N _____ et O _____. L'intimée souligne que leur appréciation médicale a pleine valeur probante et que le Pr M _____ n'articule aucun grief propre à mettre en doute leurs conclusions. Son diagnostic repose sur des données hypothétiques et sur le principe post-hoc ergo propter hoc non reconnu par la jurisprudence. Enfin, il n'intègre pas dans son analyse la présence d'atteintes organiques d'origine dégénérative qui sont pourtant propres à expliquer les troubles dont se plaint le recourant. Partant, le lien de causalité ne peut être retenu au degré de la vraisemblance prépondérante.
21. Le 11 janvier 2010, le recourant transmet au Tribunal de céans une attestation du 1^{er} décembre 2009 du Pr M _____ dans laquelle celui-ci relève que la SUVA n'aborde pas la symptomatologie des membres supérieurs ni la question des douleurs résiduelles, se contentant de parler essentiellement des jambes sans repos. Selon ce médecin, le lien de causalité pour ces atteintes existe et il serait judicieux d'avoir une évaluation externe ou une courte évaluation hospitalière.
22. Le 30 mars 2010, le Pr. M _____ répond aux questions posées par le Tribunal de céans. A la question de savoir si le tableau cervico-brachialgies pourrait être attribué à une radiculopathie avec une discopathie au niveau C4-C5, il expose que, selon son appréciation, une radiculopathie à ce niveau doit être niée, le territoire sensitif ne correspondant pas à une telle affection. De surcroît, le premier électromyogramme révélait plutôt un discret déficit C5-C6, et non pas C4-C5. Selon ce médecin, les douleurs neurogènes du bras gauche ne peuvent pas non plus être imputées à une neuropathie, dès lors que cette maladie donne une atteinte diffuse à prédominance distale et ne correspond pas au territoire dont souffre le recourant. Une neuropathie focale ne peut être exclue. Elle correspondrait alors à une souffrance post-électrocution locale. Concernant la persistance de douleurs neurogènes après un choc électrique, le Pr. M _____ explique qu'il y a peu de littérature à ce sujet. Toutefois, les déficits/atteintes neurologiques sont classiques et le recourant se trouve ainsi dans un tableau classique plus que

fréquent. Par ailleurs, les atteintes sont stabilisées depuis le 1^{er} juin 2007. S'agissant de la possibilité d'améliorer le tableau cervico-brachialgies, le Pr. M _____ relève que le tableau est discret compte tenu de la normalité actuelle des examens paracliniques. L'aggravation secondaire au niveau lombaire et les signes actuels ne peuvent être attribués à l'accident. Cependant, la composante algique et le déficit fonctionnel seraient certainement améliorés par une physiothérapie active.

23. Le 4 mai 2010, le recourant se détermine sur les réponses du Pr. M _____ et insiste sur le fait que, selon son médecin, ses déficits/atteintes neurologiques sont classiques pour un choc électrique. Il est possible aussi qu'il présente une neuropathie focale, laquelle correspondrait à une souffrance post-électrocution locale. En outre, une radiculopathie C4/C5 doit être niée. Il relève en outre qu'il ressent toujours des douleurs neurogènes et un déficit fonctionnel au niveau de l'épaule et des bras, avec limitation des amplitudes et un affaiblissement de la musculature. Il n'arrive ainsi pas à saisir les objets. Il a également une faiblesse d'abduction du bras gauche. A cet égard, le Pr. M _____ n'a pas écarté la possibilité que cette faiblesse soit en rapport avec des douleurs neurogènes et constitue l'expression d'une discrète myélopathie consécutive à la décharge électrique. Il relève aussi que son état n'est pas stabilisé, le Pr. M _____ préconisant une physiothérapie active sur trois mois. Enfin, il réitère sa demande d'ordonner une expertise médicale judiciaire.
24. Le 30 avril 2010, les Drs N _____ et O _____ se déterminent sur les réponses données par le Pr. M _____ aux questions du Tribunal de céans. Même en admettant que le tableau clinique ne puisse être expliqué par une radiculopathie, on ne saurait en tirer la conclusion inverse, erronée selon leur avis, selon laquelle les symptômes peuvent découler uniquement d'une décharge électrique. Concernant le fait que les symptômes neuropathiques peuvent être dus à une neuropathie focale, ces médecins constatent que le lien de causalité entre une telle affection et la décharge électrique est au mieux possible. S'agissant de l'affirmation du Pr. M _____, selon laquelle le recourant présente le tableau clinique classique d'un trouble neurologique consécutif à un choc électrique, ces médecins font remarquer qu'il manque toujours des indications précises sur la nature de tels troubles neurologiques « classiques ». Cette réponse est en outre en contradiction avec la réponse du Pr. M _____ à une question du recourant, où il n'était pas question de troubles neurologiques classiques, mais de symptômes neurogènes. Les Drs N _____ et O _____ estiment ainsi qu'il n'y a aucun nouveau fait médical leur permettant de s'écarter de leur appréciation précédente, tout en soulignant que l'affirmation d'un lien de causalité repose en l'espèce uniquement sur la maxime post hoc ergo propter hoc.
25. Dans sa détermination du 1^{er} juin 2010, l'intimée persiste dans ses conclusions, sur la base de l'appréciation médicale des Drs N _____ et O _____. Elle souligne que la lésion médullaire (myélopathie) n'est étayée par aucun trouble

clinique typique d'une telle atteinte, ni par les résultats de l'examen neurologique. Le syndrome des jambes sans repos est seulement une hypothèse diagnostique.

26. Par écriture du 30 juin 2010, le recourant persiste à affirmer qu'il y a un lien de causalité entre ses atteintes et le choc électrique. Il réitère en outre sa demande d'ordonner une expertise médicale judiciaire.
27. Sur ce, la cause a été gardée 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'art. 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. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable, compte tenu de la suspension des délais de recours entre le 15 juillet et le 1^{er} août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b et 56 ss LPGA).
3. L'objet du litige est la question de savoir si l'assureur-accidents est tenu de prendre en charge le traitement médical du recourant pour le syndrome des jambes sans repos, la symptomatologie dans le bras gauche, notamment la faiblesse de ce membre, et les douleurs dans ce membre. Se pose en particulier la question de la relation de causalité avec l'accident par électrocution survenu le 31 octobre 2004 et ces atteintes.
4. a) 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. 2 al. 2 LAMal; art. 9 al. 1 OLAA, dans leur teneur en vigueur au moment de l'événement du 2 septembre 2000; cf. ATF 127 V 466, consid. 1 p. 467).

b) Un rapport de causalité naturelle (et adéquate) est nécessaire entre l'atteinte à la santé et l'événement accidentel. La condition du rapport de causalité naturelle est remplie lorsque sans l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que

l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte. Savoir s'il existe un lien de causalité naturelle est une question de fait, généralement d'ordre médical, qui doit être résolue selon la règle du degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181, 402 consid. 4.3.1 p. 406; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Vol. XIV [Meyer, édit.], 2ème éd., Bâle, Genève, Munich 2007, no 79 p. 865). A cet égard, la constatation que l'assuré était asymptomatique avant l'accident repose sur le principe "post hoc, ergo propter hoc", lequel est impropre à établir un rapport de cause à effet entre un accident assuré et une atteinte à la santé (ATF 119 V 341).

c) La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré est propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat apparaissant 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).

Selon la jurisprudence, si le rapport de causalité avec l'accident est établi selon la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité naturelle fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas. Dès lors qu'il s'agit dans ce contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (ATFA non publié du 7 juillet 2004 en la cause U 179/03 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2).

d) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. 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 même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine; cf. RAMA 1992 no U 142 p. 75 consid. 4b; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., no 80 p. 865).

5. Le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves (art. 61 let. c LPGA; art. 95 al. 2 OJ, en relation avec les art. 113 et 132 OJ). Mais si les rapports médicaux sont contradictoires, il 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 352 consid. 3a).

L'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition, Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2^{ème} éd., p. 278, ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 121 V 47 consid. 2a, 208 consid. 6b et la référence). Aussi n'existe-t-il pas en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (RAMA 1999 n° U 349, p. 478 consid. 2b ; ATFA non publié du 25 juillet 2002 en la cause U 287/01).

C'est le lieu de rappeler que, selon la jurisprudence, une expertise médicale établie uniquement sur la base d'un dossier n'a de valeur probante que pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 no U 438 p. 346 consid. 3d).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée. Cela dit, le simple fait qu'un rapport médical est établi à la demande d'une partie ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Une expertise présentée par une partie peut donc également valoir comme moyen de preuve. Le juge examinera si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal (ATF 125 V 352 ss consid. 3b).

Si les pièces médicales versées au dossier permettent de statuer en pleine connaissance de cause sur le litige, la mise en œuvre d'une nouvelle expertise est

superflue et le juge peut s'en dispenser par appréciation anticipée des preuves (ATF 130 II 425 consid. 2.1 p. 428/429), dans le respect du droit d'être entendu de l'assuré.

6. Selon l'art. 10 al. 1 let. a LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, notamment au traitement ambulatoire dispensé par le médecin ou, sur sa prescription, par le personnel paramédical.

Le droit au traitement médical existe aussi longtemps qu'on peut en attendre une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré (art. 19 al. 1 LAA a contrario; ATF 116 V 44 consid. 2c; ATFA non publié du 23 mars 2000, U 378/99 consid. 3a et les références).

7. En l'espèce, deux avis médicaux s'opposent, concernant la question du lien de causalité entre les atteintes du recourant et l'accident par électrocution, à savoir celui du Pr M _____ qui suit le recourant sur le plan neurologique, et celui des Drs N _____ et O _____ qui ont procédé à une appréciation médicale sur la base du dossier médical du recourant. La réponse à cette question dépend notamment de la présence d'une lésion médullaire.

a) Concernant le tableau cervico-brachialgies à prédominance gauche, le Pr M _____ relève dans ses rapports du 19 mai 2008 et du 5 août 2009 qu'elles sont apparues rapidement après le choc électrique, qu'elles persistaient et avaient tendance à augmenter. Il ne s'agit dès lors pas d'une séquelle tardive de l'accident, selon ce neurologue. Cette symptomatologie est en partie due à une souffrance neurogène médullaire. Il n'a pas d'autre explication pour la symptomatologie, sauf en ce qui concerne l'atteinte du nerf ulnaire gauche. Il fonde cette appréciation sur la concordance temporelle, l'aggravation clinique et la persistance des symptômes. Cependant, seules les douleurs neurogènes sont le témoin de la myélopathie. L'examen neurologique est dans la norme et le Pr M _____ concède qu'il n'y a pas de signe moteur spécifique ni de signes électro-physiologiques pour une atteinte médullaire. La faiblesse d'abduction du bras gauche est également due à deux autres atteintes. Il s'agit d'une atteinte tendineuse du muscle sus-épineux, d'une atteinte acromio-claviculaire et d'une fracture du bord postérieur de la glaine, d'une part, et d'une douleur d'insertion musculaire secondaire aux douleurs neurogènes. Le problème osseux est aussi en rapport avec l'accident.

Les Drs N _____ et O _____ admettent une relation causale hautement possible mais non pas au degré de la vraisemblance prépondérante. En premier lieu, ils mettent en doute l'affirmation, selon laquelle les troubles neurologiques sont apparus rapidement après l'électrocution, dès lors qu'ils ne sont pas mentionnés dans les documents véritablement contemporains de l'accident. Ils constatent que le premier rapport du Pr M _____ date du 20 octobre 2006 et qu'il est donc postérieur de deux ans à l'accident. Ils partent ainsi de l'hypothèse que

les troubles neurologiques se sont manifestés tardivement. Or, selon les Drs N _____ et O _____, les symptômes spinaux de myélopathie apparaissent précocement après le traumatisme, comme le montrent les expériences publiées dans la littérature, et se dissipent rapidement. Par ailleurs, il ressort de la littérature que les séquelles neurologiques surviennent en règle générale seulement avec des hautes tensions, ce qui n'était pas le cas du recourant. Les Drs N _____ et O _____ doutent aussi de l'existence d'une atteinte médullaire du fait qu'il n'y ait pas de description clinique d'un trouble à la marche ni d'un trouble de la sensibilité profonde, symptôme typique d'une myélopathie. Une atteinte de la moelle dorsale n'a pas non plus être prouvée par une IRM et il n'y a pas de résultat d'examen électro-physiologique le démontrant. De surcroît, la faiblesse d'abduction du bras gauche peut être expliquée par d'autres atteintes, telles que la tendinite du muscle sus-épineux et la discopathie cervicale des segments C4/C5 et C5/C6. Les douleurs neurogènes du bras peuvent être aisément imputées à une neuropathie gauche. L'accroissement des douleurs lors de l'extension du rachis cervical et le rétrécissement foraminaux parlent en faveur d'une telle étiologie.

b) S'agissant du moment de la survenance des troubles neurologiques, le Tribunal de céans admet qu'au degré de la vraisemblance prépondérante ils sont apparus dans les mois qui ont suivi l'électrocution fin octobre 2004. En effet, une IRM cervicale a été réalisée le 24 février 2005, notamment dans le but de déterminer s'il y avait une myélopathie post-traumatique. De surcroît, le recourant n'a jamais varié dans ses déclarations et a toujours affirmé avoir eu la sensation d'une diminution progressive de force dans le bras gauche après le choc électrique. En raison de la persistance de la symptomatologie, il a été finalement envoyé chez un neurologue. Auparavant, il était en traitement chez le Dr L _____ à cause de douleurs à l'épaule et dans le bras gauche.

En ce qui concerne les lombalgies et le syndrome des jambes sans repos, il s'agit cependant de séquelles tardives, comme l'admet le Pr M _____ dans son rapport du 5 août 2009. Il concède également que le rapport de causalité entre ces séquelles et l'accident est plus difficile à prouver. Pour l'admettre, il se fonde sur son expérience et celle de certains de ses collègues. Il s'agit d'une conclusion clinique. Enfin, dans son rapport du 30 mars 2010, il dit expressément que l'aggravation secondaire au niveau lombaire et les signes actuels ne pourraient être attribués à l'accident. Le Tribunal de céans en déduit que le lien de causalité, pour ce qui concerne les lombalgies et le restless legs syndrome, ne peut pas être établi au degré de la vraisemblance prépondérante.

Quant à la faiblesse d'abduction du bras gauche, il y a lieu de retenir que d'autres atteintes en sont également responsables, comme l'admet le Pr M _____. Par ailleurs, les douleurs neurogènes diagnostiquées chez le recourant sont les seuls témoins des myélopathies cervicales et il n'y a pas de signes élémentaires spécifiques et électro-physiologiques. Il serait possible qu'elles soient à attribuer à

une neuropathie focale, ce qui confirmerait le lien de causalité entre l'accident et cette atteinte, mais cette pathologie ne peut être objectivée, de l'avis de ce neurologue. Certes, il considère qu'elles ne peuvent pas avoir été provoquées par une radiculopathie C4-C5, le territoire sensitif ne correspondant pas à cette atteinte, d'une part, et le 1^{er} électromyogramme a révélé plutôt un déficit C5-C6. Elles ne peuvent non plus être imputées à une neuropathie distale, celle-ci ne correspondant pas au territoire dont souffre le recourant. Toutefois, le Tribunal de céans estime que ces éléments sont insuffisants pour prouver que les cervico-brachialgies du recourant, ainsi que la faiblesse d'abduction du son bras gauche sont une conséquence, au degré de la vraisemblance prépondérante, de l'électrocution subie en 2004. En effet, les signes spécifiques d'une myélopathie cervicale font défaut et le Pr M _____ a fondé ce diagnostic uniquement sur les douleurs résiduelles et son expérience professionnelle, ainsi que celle de certains de ces collègues. A cela s'ajoute que, selon les études citées dans la littérature, des séquelles neurologiques ne surviennent généralement qu'avec des hautes tensions, comme exposé par les Drs N _____ et O _____.

Enfin, le Tribunal de céans ne juge pas utile de mettre en œuvre une expertise médicale judiciaire, le dossier et les examens médicaux étant très complets.

Cela étant, le recourant ne peut prétendre aux prestations de la SUVA au-delà du 26 septembre 2006.

8. Au vu de ce qui précède, le recours sera 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 ; 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

Claire CHAVANNES

Maya CRAMER

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