



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3459/2019

ATAS/103/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 17 février 2020

6^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à ECHALLON, FRANCE,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Mattia
DEBERTI

recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS, Division juridique, sise Fluhmattstrasse 1,
Postfach 4358, LUCERNE

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente ; Teresa SOARES et Jean-Pierre WAVRE,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1975, a travaillé en qualité de manœuvre dans le bâtiment auprès de l'entreprise B_____ SA à partir du 1^{er} juin 2010.
2. Le 12 mars 2012, alors qu'il se trouvait sur un chantier, l'assuré a été victime d'un accident. En voulant récupérer ses gants, il s'est coincé la main gauche (main dominante) dans le godet de la pelle qui travaillait à proximité.

L'assuré a été opéré le jour-même aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG).
3. À teneur d'un certificat adressé le 14 mai 2012 à la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA ou l'intimée) par le service de chirurgie de la main des HUG, les diagnostics suivants étaient retenus : fracture sous-capitale P2 du troisième doigt gauche, section du tendon extenseur du troisième doigt gauche fermée en zone 2 et plaie ulnaire avec arrachement de l'ongle du deuxième doigt gauche.
4. À la suite de l'accident, l'assuré s'est retrouvé en incapacité totale de travail, et des prestations d'assurance lui ont été allouées par la SUVA.
5. L'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) du 13 février au 20 mars 2013.

En sus ceux préalablement retenus, les diagnostics supplémentaires suivants ont été posés : algodystrophie du membre supérieur gauche et allodynie des deuxième et troisième doigts de la main gauche. Les limitations fonctionnelles provisoires concernaient les activités nécessitant la préhension de la main gauche. L'incapacité de travail était toujours totale, et un changement de profession était indiqué.
6. Au mois de septembre 2014, l'assuré a repris son activité de manœuvre auprès de B_____ SA.
7. Selon un bilan d'ergothérapie datant du 25 septembre 2014, l'assuré n'utilisait pas sa main gauche au travail. Depuis sa sortie de la CRR, il avait fait quelques progrès dans sa vie quotidienne, il pouvait compenser en utilisant principalement sa main droite, mais son bras gauche était non fonctionnel, et tout contact avec un objet restait douloureux. Les traitements avaient permis une légère amélioration dans l'utilisation de la main et apprenaient au patient à se soulager par des petites stimulations légères sur les zones proximales.
8. Par décision du 3 octobre 2014, la SUVA a octroyé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 12,5 %, correspondant à un montant de CHF 15'750.-.
9. Le 9 mars 2015, l'assuré s'est à nouveau retrouvé en incapacité de travail totale.

Selon un certificat du même jour de la doctoresse C_____, spécialisée en médecine interne et médecin traitante de l'assuré, ce dernier était victime d'une rechute de son accident de travail de mars 2012.

10. Par courrier du 21 avril 2015, la SUVA a octroyé à l'assuré les prestations légales d'assurance pour les suites de son accident du 12 mars 2012.

11. Le 5 mai 2015, un case manager de la SUVA s'est rendu au domicile de l'assuré.

Ses doigts de la main gauche n'étaient plus bleus et gonflés comme lorsqu'il avait repris son travail de maçon. Toutefois, il ressentait toujours des douleurs dans les doigts, en continu. Il ne pouvait pas utiliser sa main, ce qui lui posait de nombreux problèmes dans la vie quotidienne. Il sollicitait donc continuellement l'autre main, lui occasionnant des douleurs dans le bras droit.

12. Du 16 juin au 8 juillet 2015, l'assuré a à nouveau séjourné à la CRR.

Les limitations fonctionnelles définitives retenues étaient toute activité bi-manuelle nécessitant une préhension avec la main gauche. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était défavorable en lien avec les facteurs médicaux retenus après l'accident. Dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, il était défavorable en raison de l'absence de qualification reconnue, de ses connaissances limitées dans les domaines autres que le bâtiment et du fait que l'assuré sous-estimait le niveau d'activités qu'il pouvait réaliser.

13. Le 15 décembre 2015, la SUVA a annoncé à l'assuré qu'elle cesserait de lui verser des indemnités journalières le 30 avril 2016.

14. Par courrier du 13 janvier 2016, B_____ & Cie SA a notifié à l'assuré son congé pour le 30 avril 2016.

15. Dans une appréciation du 3 mai 2016, la doctoresse O_____, médecin conseil de la SUVA, a retenu comme limitation fonctionnelle définitive toute activité bi-manuelle nécessitant une préhension avec la main gauche.

16. Par décision du 19 juillet 2016, la SUVA a nié à l'assuré tout droit à une rente d'invalidité, en raison d'une absence de diminution de la capacité de gain.

Il ressortait de ses investigations que l'assuré était à même d'exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, à la condition de ne pas mettre à contribution sa main gauche. Une telle activité était exigible durant toute la journée et lui permettrait de réaliser un revenu d'environ CHF 57'420.-. Comparé au gain de CHF 62'881.- qu'il réalisait avant l'accident, il en résultait une perte de 8,68 %.

17. Le 29 juillet 2016, l'assuré a formé opposition à l'encontre de la décision précitée.

Il joignait à son opposition un rapport du 24 mai 2016 établi par le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main et médecin chef de clinique à l'unité de chirurgie de la main et des nerfs périphériques des HUG : à la suite de son accident, l'assuré avait développé un syndrome douloureux régional complexe. Différents traitements médicamenteux, de physiothérapie et d'ergothérapie avaient été entrepris, sans aucune amélioration. L'assuré avait développé une exclusion complète de la main gauche, avec les deuxième et troisième rayons en rectitude totale, une main en position intrinsèque constante, et une absence quasi complète de

mobilité des doigts longs. Contraint d'utiliser uniquement sa main droite, il avait également tendance à développer des tendinopathies du membre supérieur droit ainsi que des douleurs articulaires.

L'assuré présentait actuellement un syndrome douloureux régional complexe du membre supérieur gauche, à quatre ans d'un traumatisme par écrasement de la main. Tous les traitements possibles avaient été proposés et avaient échoué. D'un point de vue chirurgical, le cas était parfaitement stabilisé et aucune intervention ne pouvait être entreprise. La fonction actuelle du membre supérieur gauche était équivalente à une main amputée.

18. Dans un nouveau rapport du 7 septembre 2016 adressé à la SUVA, le Dr D _____ s'est étonné du traitement du dossier de l'assuré. Ce dernier avait tenté une reprise du travail en 2014-2015 et avait présenté une rechute douloureuse et une aggravation de son état de santé marquée par une accentuation des douleurs de sa main gauche. Par ailleurs, à la suite d'une sur-utilisation de la main droite, il développait une symptomatologie d'épicondylalgies, d'épitrôchléagies au niveau du coude droit ainsi que de ténosynovite sténosante au niveau du majeur droit. Une reprise du travail à 100 % n'était pas envisageable, et une reconversion professionnelle était souhaitable.

19. La SUVA a soumis le cas de l'assuré à sa division médecine des assurances.

Les médecins étaient notamment chargés : de déterminer si les troubles du membre supérieur droit retenus aux HUG reposaient au degré de la vraisemblance prépondérante sur des séquelles physiques objectivables ou fondées sur un diagnostic reconnu de l'accident du 12 mars 2012 ; d'indiquer, au regard des séquelles de l'accident, quelles positions et fonctions n'étaient plus exigibles de l'assuré, et quelles fonctions n'étaient exigibles qu'avec une réduction horaire ; et d'apprécier le taux d'atteinte à l'intégrité physique de l'assuré.

20. L'assuré a été examiné le 18 janvier 2017 par les docteurs E _____, spécialiste FMH en neurologie et F _____, spécialiste FMH en chirurgie, tous deux médecins conseils de la SUVA.

Dans leur rapport du 3 mars 2017, les Drs E _____ et F _____ ont retenu que l'état de la main gauche de l'assuré était comparable à un status après amputation. Il devait donc être considéré comme un manchot d'un point de vue fonctionnel, qui ne disposait que de sa main droite non dominante. Le profil d'exigibilité était le suivant : des travaux légers nécessitant la manipulation de charges n'excédant pas 10 kg au maximum étaient exigibles durant toute la journée. Les activités ne devaient pas comporter d'exigences particulières en matière de motricité fine (usage exclusif de la main droite non dominante), ni de mouvements répétitifs du poignet et du coude. Il n'était pas exigible que l'assuré monte et travaille sur des échelles et des échafaudages, qu'il monte et descende des escaliers et qu'il exerce des activités en hauteur. De même, il ne pouvait conduire un véhicule non adapté à son handicap. L'assuré ne devait enfin pas exercer d'activités l'exposant au froid,

aux vibrations, à un milieu humide ou mouillé, ou à des températures élevées. Si ces limitations étaient respectées, il pouvait travailler à 100 %.

L'assuré présentait une atteinte durable et importante de son intégrité physique, qu'ils estimaient à 40 %.

Au niveau du membre supérieur droit, toutes les articulations des doigts de la main droite avaient une mobilité conservée. Une petite induration nodulaire était palpable dans la face palmaire du médium droit. Toutefois, il s'était avéré impossible, dans le cadre de l'examen, de déclencher un blocage de ce troisième doigt, semblable à celui apparaissant lors d'une tendovaginite sténosante. Il n'y avait pas de douleurs à la pression de l'épicondyle huméral radial dans la région du coude droit, alors que l'épicondyle huméral ulnaire était légèrement douloureux. La musculature des faces dorsale et palmaire de l'avant-bras était indolore. À l'examen clinique, il n'y avait pas d'indices suggestifs d'une épicondylopathie du coude droit.

Dans l'anamnèse de l'assuré, il était question d'une tendovaginite sténosante avec doigt à ressort qui affecterait le médium droit. De leur point de vue, ce trouble particulier ne constituait ni une suite directe, ni une conséquence indirecte de l'événement accidentel du 12 mars 2012. Il n'était pas prouvé qu'il y ait une surcharge ou une sollicitation chronique de l'extrémité supérieure droite. En effet, l'assuré ne travaillait plus depuis longtemps, il disait avoir besoin de l'aide de sa partenaire pour ses soins corporels et il n'effectuait aucune tâche ménagère.

21. Par nouvelle décision du 1^{er} mai 2017, l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente d'invalidité de 20 % à compter du 1^{er} mai 2016, et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 40 %, correspondant à un montant de CHF 50'400.-.

L'assuré était à même d'exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, à la condition de ne pas devoir mettre à forte contribution sa main gauche. Une telle activité, exigible durant toute la journée, lui permettrait de réaliser un revenu d'environ CHF 50'339.-. Comparé à son salaire avant l'accident de CHF 62'881.-, il en résultait une perte de gain de 20 %.

22. L'assuré n'a pas formé opposition à l'encontre de cette décision.
23. Dans un courrier du 21 septembre 2018, l'assuré a indiqué à la SUVA que son état s'était aggravé. Il ne se servait plus de son bras gauche, de sorte qu'il avait « d'énormes complications » au niveau du bras droit, à savoir de multiples tendinites (poignet, coude, épaule). De plus, il avait développé la maladie de Dupuytren en raison de son accident.

Il joignait à son courrier un rapport daté du 22 août 2018 du docteur G_____, spécialisé en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et en chirurgie de la main, et médecin adjoint à l'unité de chirurgie de la main et des nerfs périphériques des HUG, selon lequel l'assuré présentait une épicondyalgie du coude droit avec des douleurs inflammatoires aussi au niveau de la main. Du fait de son activité mono manuelle main droite due au handicap particulièrement important

que l'assuré présentait au niveau de la main gauche, les inflammations au niveau de son coude droit pouvaient être une conséquence de son atteinte au membre supérieur gauche.

24. Dans une appréciation sur dossier du 5 novembre 2018, le docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie et médecin conseil de la SUVA, a considéré que la relation de causalité était au mieux possible entre les troubles du membre supérieur droit et l'événement initial.
25. Par courrier du 5 novembre 2018, la SUVA a indiqué qu'elle refusait d'allouer des prestations d'assurance à l'intéressé.

Aucun lien de causalité certain, ou du moins probable, ne pouvait être établi entre l'événement dommageable du 12 mars 2012 et les troubles déclarés. Elle était disposée à rendre une décision sur demande.

26. Par courrier du 19 février 2019, l'assuré, représenté par un conseil, a invité la SUVA à reconsidérer sa décision du 1^{er} mai 2017, en prenant en charge les frais médicaux liés à l'accident (notamment ceux en lien avec son bras droit), et en reconsidérant son pourcentage d'incapacité de gain pour lui permettre de subvenir à ses besoins de base ainsi qu'à ceux de sa fille.

L'appréciation du 18 janvier 2017, sur laquelle était basée la décision du 1^{er} mai 2017, ne prenait en compte que son bras accidenté. Depuis son accident, il n'avait usage que de son bras droit, et avait donc compensé sa situation de handicap par la surexploitation de son bras droit, ce qui avait malheureusement conduit à une épicondylalgie. Il avait fait son maximum pour se réinsérer professionnellement dans son métier de maçon. Il souhaitait être en mesure de pouvoir reprendre une activité lucrative. Pour ce faire, il était nécessaire que la SUVA prenne en charge les frais d'une opération chirurgicale visant à diminuer les douleurs de son membre supérieur droit, et les séances de physiothérapie. Le pourcentage d'incapacité de gain de 20 % retenu dans la décision du 1^{er} mai 2017 n'était pas réaliste : son handicap posait de trop nombreux problèmes logistiques aux entreprises, de sorte que ces dernières préféraient engager une personne pleinement valide.

Dans un rapport du 3 décembre 2018 joint à son courrier, le Dr G_____ attestait que l'épicondylalgie que l'assuré avait développée du fait de son activité manuelle pouvait être rattachée à l'épisode assécurologique accidentel de son membre supérieur gauche. Une prise en charge chirurgicale serait optimale pour diminuer les symptômes douloureux qu'il présentait au niveau de son membre supérieur droit.

27. Par courrier du 19 mars 2019, la SUVA a refusé d'entrer en matière sur la demande de reconsidération de l'assuré.
28. La SUVA a à nouveau soumis le cas à l'appréciation à son médecin conseil.

29. Dans une appréciation sur dossier du 22 mars 2019, le Dr H_____, a considéré que la relation de causalité était au mieux possible entre les troubles au coude droit et un traumatisme au niveau du membre supérieur gauche.

L'assuré n'exerçait pas d'activité professionnelle susceptible d'entraîner une nouvelle pathologie au niveau du côté controlatéral par hyper-utilisation ou mouvements répétés identiques. Il était bien connu que le tabagisme constituait un facteur de risque majeur dans la survenue d'une épicondylite. L'évaluation multidisciplinaire du 3 mars 2017 ne relevait pas d'épicondylite droite à l'époque.

30. Par décision du 8 mai 2019, la SUVA a retenu que les conditions requises pour l'augmentation de la rente allouée n'étaient pas remplies.

Il ne s'était produit aucune aggravation des séquelles accidentelles depuis l'époque de la fixation de la rente, de sorte que l'assuré était toujours considéré apte à mettre en valeur la capacité de travail et de gain reconnue au moment de la fixation de la rente en 2017. Le droit à la rente avait été examiné en fonction des seules séquelles de l'accident, mais pas pour les troubles du coude droit qui n'étaient pas en lien de causalité avec l'accident.

31. Dans un rapport du 24 mai 2019, le docteur I_____, spécialisé en chirurgie orthopédique et traumatologique et chirurgie de la main, a estimé que l'épicondylite et l'épitrôchléite au niveau du coude droit de l'assuré, qui avaient commencé après la reprise du travail, étaient probablement liées à une sur-sollicitation du bras droit du fait du déficit et du handicap à gauche. Le seul traitement valable pour ces tendinites était le repos, soit un arrêt de travail de plusieurs mois.

32. Le 31 mai 2019, la Dresse C_____ a indiqué que l'utilisation de sa main droite entraînait pour l'assuré des tendinites à répétition. Il présentait au niveau du coude droit une tendinopathie bifocale non fissuraire. Sur le membre supérieur gauche, elle observait une rétractation du majeur gauche de l'assuré, des cals douloureux s'étant formés le long du tendon. L'assuré éprouvait des difficultés pour la préhension des objets, le port et l'écriture. Les différents essais de reprise du travail restaient à ce jour un échec. Il était donc impératif de prévoir un reclassement professionnel.

33. Le 7 juin 2019, l'assuré a formé opposition à l'encontre de la décision du 8 mai 2019, concluant à son annulation, à l'augmentation de sa rente et au remboursement et à la prise en charge des frais médicaux afin d'éviter une détérioration supplémentaire de son état de santé.

Il existait bien un rapport de causalité entre ses troubles du coude droit et l'accident du 12 mars 2012 : sans ce dernier, il n'aurait jamais eu à surexploiter son bras droit, de sorte que l'épicondylite du membre droit et les autres douleurs ne seraient pas survenues.

34. Par décision sur opposition du 19 juillet 2019, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré.

Le reprise de l'activité de manœuvre durant la période allant de septembre 2014 à la mi-mars 2015 n'avait pas été assez conséquente pour pouvoir générer une telle pathologie au degré de la vraisemblance prépondérante. L'avis du Dr H_____ du 22 mars 2019, fondé sur les constatations objectives et sur l'avis des Drs E_____ et F_____, et arrivant à la conclusion que le lien de causalité entre les troubles du coude droit et l'accident du 12 mars 2012 était tout au plus possible, emportait la conviction de la SUVA. Les appréciations médicales subséquentes figurant au dossier ne renfermaient pas d'éléments objectifs permettant de remettre en question ces conclusions.

35. L'assuré s'est soumis à un bilan d'ergothérapie le 5 septembre 2019.

L'ergothérapeute a relevé que l'impotence fonctionnelle du membre supérieur gauche de l'assuré s'était majorée depuis plusieurs mois, en raison de douleurs permanentes et irradiantes aux vertèbres cervicales. Le membre supérieur droit était également devenu impotent à force de sur-utilisation ; il éprouvait des douleurs en lien avec les tendinites. Ces troubles fonctionnels le limitaient sur de nombreuses activités : il était dépendant d'un tiers pour tous les gestes quotidiens. Il était totalement dépendant de sa fille et son amie pour les activités domestiques. Ses activités professionnelles étaient compromises.

36. Par acte du 16 septembre 2019, l'assuré, sous la plume de son avocat, a formé recours à l'encontre de la décision sur opposition précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, concluant, sous suite de dépens, à son annulation, à la constatation de l'existence d'un lien de causalité entre les douleurs à son membre supérieur droit et l'accident du 12 mars 2012, au réexamen de son droit à une rente, et à ce qu'il soit dit qu'il avait droit au remboursement des frais médicaux liés au membre supérieur droit.

Tant les Drs G_____, I_____ et C_____ que l'ergothérapeute relevaient que les douleurs de son membre supérieur droit résultaient d'une surexploitation de ce bras dans les tâches du quotidien. Il ne faisait aucun doute qu'il existait donc un lien de causalité naturelle, dans la mesure où sans l'accident du 12 mars 2012, il n'aurait jamais eu à surexploiter son bras droit, et que l'épicondylalgie et les autres douleurs ne seraient pas survenues. Son état de santé s'étant fortement dégradé depuis la décision du 1^{er} mai 2017, son degré d'invalidité devait être réexaminé. De même, il avait le droit au remboursement de ses frais médicaux pour son bras droit.

37. La SUVA a répondu au recours le 15 novembre 2019, concluant à son rejet.

Elle avait soumis le dossier du recourant au centre de compétence de médecine des assurances. Dans une appréciation du 12 novembre 2019, qu'elle joignait à son écriture, la doctoresse M_____, spécialiste FMH en chirurgie générale et traumatologie, expliquait qu'une épicondylalgie survenait principalement à la suite d'une sollicitation du bras importante ou répétée. Or, ce n'était aucunement le cas du recourant, ce dernier n'exerçant ni une activité professionnelle, ni une activité sportive, et ne participant pas non plus aux activités domestiques selon le bilan

d'ergothérapie figurant au dossier. Les activités de la vie quotidienne, ponctuelles, n'étaient pas de nature à sur-solliciter son membre supérieur droit. La Dresse M_____ relevait par ailleurs qu'il n'y avait aucune iconographie dans le dossier, ni de constatations cliniques décrivant l'état de son coude droit. Ainsi, l'épicondylite du coude droit, s'il y en avait une, ne pouvait en aucun cas être mise en relation avec l'état séquellaire de l'accident du 12 mars 2012.

38. Le recourant a répliqué le 19 décembre 2019, persistant dans ses conclusions.

Il était inexact qu'il n'avait exercé aucune activité ayant pu conduire à une épicondylite. En effet, il avait, depuis son accident, toujours cherché à reprendre une activité professionnelle. Il était ainsi retourné travailler le 1^{er} septembre 2014. C'était à cette période que les douleurs de son bras droit avaient commencé à se manifester. Dès la fin de son droit aux prestations, il avait par ailleurs cherché à retrouver un emploi en intérimaire sur des chantiers. Il produisait deux attestations d'agences de placement, datées des 16 et 19 décembre 2019 : la première indiquait qu'en raison de son accident de 2012, il n'avait plus les mêmes capacités manuelles, ce qui ne leur permettait plus de le déléguer dans des entreprises de maçonnerie. La seconde attestait de plusieurs missions infructueuses du recourant dans l'agence, et de sa conséquente incapacité à travailler dans le domaine de l'industrie à la suite de son accident.

Le 5 décembre 2019, il avait subi un nouvel accident de travail en chutant sur un chantier. Il produisait pour preuve un certificat de la Dresse C_____ du 12 décembre 2019, prolongeant de sept jours son arrêt de travail à 100 %.

L'intimée s'étonnait de l'absence d'iconographie de son coude droit. Or, cette dernière ayant mis un terme à la prise en charge de ses examens et traitements médicaux, il n'était pas en mesure, vu sa situation financière, d'engager des frais dans des examens médicaux coûteux. Il était cependant disposé à se soumettre à tout examen demandé par l'intimée. L'examen du 18 janvier 2017, sur lequel se fondait l'intimée pour retenir qu'il ne présentait pas d'indices cliniques suggestifs d'une épycondylopathie du coude droit, datait d'il y a bientôt trois ans. La situation s'était empirée depuis, en raison d'une constante sur-utilisation de son membre supérieur droit.

39. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pour la période du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA), le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

5. Le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimée a refusé de modifier le taux de la rente octroyée au recourant et de lui rembourser les frais médicaux engendrés par l'atteinte à son membre supérieur droit. Il convient donc de se prononcer sur l'éventuelle aggravation de son état de santé depuis la décision du 1^{er} mai 2017 qui est entrée en force, plus singulièrement sur la présence d'une éventuelle rechute ou séquelle tardive. Il s'agit d'examiner l'existence d'un lien de causalité entre les troubles du coude droit présentés par le recourant et l'accident de la main gauche dont il a été victime le 12 mars 2012, soit de déterminer si ces troubles sont la conséquence d'une sur-utilisation du membre supérieur droit due à l'état de quasi-amputation de son membre supérieur gauche.

6. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

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

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

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

survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

9. Le caractère adéquat du lien de causalité ne doit être admis que si l'accident revêt une importance déterminante par rapport à l'ensemble des facteurs qui ont contribué à produire le résultat considéré, notamment la prédisposition constitutionnelle. Cela étant, dans ce contexte, il sied encore de préciser que la causalité adéquate ne peut pas déjà être niée en raison d'une prédisposition constitutionnelle dès lors que la question de l'adéquation en général se détermine non seulement en tenant compte de personnes saines tant sur le plan psychique que physique mais également en tenant compte de personnes avec une prédisposition constitutionnelle (ATF 115 V 403 consid. 4b)
10. Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 - OLAA ; RS 832.202). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a ; ATF 118 V 293 consid. 2c et les références).

Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références ; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1).

11. Si la situation se modifie après la clôture du cas, une révision au sens de l'art. 17 LPGA n'est pas possible, dès lors que cette disposition ne peut porter que sur des rentes en cours. La modification de la situation, en lien de causalité avec l'accident, peut être invoquée en faisant valoir une rechute ou des séquelles tardives de l'événement accidentel ayant force de chose jugée. Cette manière de procéder correspond à la demande nouvelle en matière d'assurance-invalidité (RAMA 1994 n° U 189 p. 139).

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

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

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

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

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

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

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

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

13. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
14. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61

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

Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (REAS 2002 p. 307). En l'absence de preuve, la décision sera défavorable à l'assuré (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références ; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 1 et les références). Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (SVR 2016 n° UV p. 55 consid. 2.2.2 ; cf. également arrêt du Tribunal fédéral 17 du 3 mai 2018 consid. 4.2).

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

16. En l'espèce, l'évaluation médicale du bras accidenté du recourant (bras gauche) n'est contestée par aucune des parties, toutes concordant à dire que l'état de sa main gauche est comparable à celle d'un manchot d'un point de vue fonctionnel. Les parties sont en désaccord sur l'existence d'un lien de causalité entre les troubles au membre supérieur droit dont souffre le recourant et l'accident du 12 mars 2012.

L'intimée s'est fondée sur l'avis du Dr H_____ du 22 mars 2019, qui s'est lui-même notamment basé sur le rapport des Drs E_____ et F_____ du 3 mars 2017, pour retenir que les troubles du coude droit du recourant n'étaient pas en lien de causalité avec l'accident du 12 mars 2012. Le Dr H_____ a relevé que le recourant n'exerçait pas d'activité professionnelle susceptible d'entraîner une nouvelle pathologie à droite par une hyper-utilisation de son membre supérieur droit, de sorte que la relation de causalité entre les troubles au coude droit et l'accident du 12 mars 2012 était au mieux possible. Quant aux Drs E_____ et F_____, ils avaient noté qu'à l'examen clinique, il n'y avait pas d'indices suggestifs d'une épicondylopathie du coude droit, et que la tendovaginite sténosante mentionnée dans l'anamnèse ne constituait ni une suite directe, ni une conséquence indirecte de l'événement accidentel du 12 mars 2012, dans la mesure où il n'était pas prouvé qu'il y ait une surcharge ou une sur sollicitation chronique de l'extrémité supérieure droite.

Il convient à titre liminaire de relever que ces appréciations médicales n'ont pas été établies par des spécialistes indépendants, les médecins précités devant être considérés comme des médecins internes à l'intimée, et que, hormis celle des Drs E_____ et F_____, l'appréciation du Dr H_____ a été établie sur dossier. Ces éléments ne remettent toutefois pas en question la valeur probante de ces rapports, pour autant que leurs appréciations se fonde sur suffisamment de pièces établies suite à un examen clinique du recourant et qu'elles répondent aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. Force est de constater que l'appréciation médicale des Drs E_____ et F_____ répond à la plupart des réquisits jurisprudentiels en la matière : elle comporte une description des pièces figurant au dossier, une description des plaintes du recourant et une appréciation de la situation, et elle ne contient pas d'incohérences. Par ailleurs, ses conclusions semblent de prime abord claires et motivées. Elle date cependant de début 2017, soit d'il y a plus de trois ans.

Quant au rapport du Dr H_____, il est pour le moins succinct, se contentant de citer diverses pièces du dossier, contenant une appréciation tenant sur quelques lignes seulement, et ne prenant pas en considération les plaintes du recourant.

Dans le cadre de la présente procédure, l'intimée a également soumis le cas à l'appréciation de la Dresse M_____, laquelle a indiqué qu'une épicondylite survenait principalement à la suite d'une sollicitation du bras importante ou répétée. Celle-ci a toutefois retenu que le recourant n'exerçait ni activité professionnelle, ni activité sportive, et ne participait pas aux activités domestiques, de sorte que ses activités quotidiennes n'étaient pas de nature à sur-solliciter son membre supérieur

droit. La Dresse M_____ regrettait qu'il n'y ait aucune iconographie dans le dossier, ni de constatations cliniques décrivant l'état du coude droit du recourant. On peut cependant douter de la valeur probante de ce rapport : il se fonde en effet sur une hypothèse non confirmée de sous-utilisation du bras droit par le recourant, qui est hasardeuse.

À l'appui de son recours, le recourant a produit plusieurs rapports reconnaissant l'existence d'un tel lien de causalité, ou du moins sa probable existence. Ainsi, dans son rapport du 7 septembre 2016, le Dr D_____ a relevé qu'à la suite d'une sur-utilisation de la main droite, l'assuré avait développé une symptomatologie d'épicondylalgies, d'épitrôchléagies au niveau du coude droit ainsi que de ténosynovite sténosante au niveau du majeur droit. De même, dans ses rapports des 22 août et 3 décembre 2018, le Dr G_____ a retenu que l'assuré présentait une épicondylalgie du coude droit avec des douleurs inflammatoires aussi au niveau de la main, qui pouvaient être une conséquence de son atteinte au membre supérieur gauche, notamment en raison de son activité mono manuelle main droite due au handicap particulièrement important qu'il présentait au niveau de la main gauche. Le 24 mai 2019, le Dr I_____ a également estimé que l'épicondylite et l'épitrôchléite au niveau du coude droit de l'assuré, qui avaient commencé après la reprise du travail, étaient probablement liées à une sur-sollicitation du bras droit du fait du déficit et de son handicap à gauche. Ces trois médecins sont tous trois spécialisés en chirurgie de la main, les Drs G_____ et I_____ étant en outre spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologique. Enfin, la Dresse C_____ a indiqué le 31 mai 2019 que l'utilisation de sa main droite avait entraîné pour l'assuré des tendinites à répétition, ce dernier présentant au niveau du coude droit une tendinopathie bifocale non fissuraire.

Dans le cadre de la présente procédure, le recourant a également indiqué que, contrairement à ce que soutenaient les médecins de l'intimée, il n'était pas resté inactif – ayant cherché à trouver un emploi depuis la fin de son droit aux prestations –, mais que ses divers essais s'étaient soldés par un échec.

Au vu de ce qui précède, la chambre de céans n'est pas en mesure de trancher le fond du litige. Il subsiste un doute quant à la pertinence des avis médicaux sur lesquels s'est fondée l'intimée pour nier l'existence d'un lien de causalité entre les troubles dont souffre le recourant au membre supérieur droit et l'accident du 12 mars 2012. Étant donné la jurisprudence susmentionnée (ATF 135 V 465), il se justifie de renvoyer la cause à l'intimée afin qu'elle procède à une instruction complémentaire auprès d'un expert indépendant, visant à départager les opinions des Drs H_____, P_____, F_____ et M_____, d'une part, et des Drs D_____, G_____, I_____ et C_____, d'autre part.

17. Le recours sera partiellement admis et la décision sur opposition de l'intimée du 19 juillet 2019 du sera annulée. Le dossier sera renvoyé à l'intimée pour la mise en œuvre une expertise administrative indépendante visant à déterminer l'existence ou

non d'un lien de causalité entre les troubles du membre supérieur droit de l'intimé et l'accident du 12 mars 2012.

18. Le recourant, représenté par un conseil, obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).
19. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision sur opposition de l'intimée du 19 juillet 2019.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants, et nouvelle décision.
5. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de CHF 1'000.- à titre de dépens.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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