

200.2024.686.LAA

N° réf.:

MAU/EGC

Tribunal administratif du canton de Berne

Cour des affaires de langue française

Jugement du 5 juillet 2026

Droit des assurances sociales

G. Niederer, président

G. Zürcher et A.-F. Boillat, juges

A. Mariotti, greffière

A. _____

représenté par Me B. _____

recourant

contre

SWICA Assurances SA

Service juridique, Römerstrasse 37, 8400 Winterthour

intimée

relatif à une décision sur opposition de cette dernière du 10 septembre 2024

En fait:

A.

A. _____, né en 1974, divorcé et père de deux enfants nés en 2006 et 2013, a été engagé en dernier lieu en qualité d'employé de banque (conseiller) à 100% et était, à ce titre, assuré obligatoirement contre le risque d'accidents auprès de SWICA Assurances SA. Par une déclaration d'accident du 28 janvier 2019, SWICA a été informée que l'assuré avait été victime d'un accident à ski le 25 janvier 2019, lors duquel il avait subi une forte torsion au genou gauche. SWICA a pris en charge les suites immédiates de cet accident, qui a initialement entraîné un arrêt de travail à 100% jusqu'au 14 avril 2019, puis à 50% jusqu'au 12 mai 2019. Elle a en outre versé des indemnités journalières à l'assuré. Ce dernier a finalement perdu son travail au 31 août 2020.

B.

Après avoir recueilli plusieurs rapports médicaux, en particulier des médecins généralistes traitants, d'un institut de radiologie, du spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie ayant opéré l'assuré, ainsi que de la clinique romande de réadaptation, SWICA a consulté le Dr C. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, qui a procédé à plusieurs expertises, dont la dernière a été datée du 26 octobre 2021. Par décision du 11 janvier 2022, SWICA a mis fin au versement des indemnités journalières au-delà du 31 décembre 2021, mais a poursuivi la prise en charge du traitement médical en lien avec le genou gauche de l'assuré. En dépit de l'opposition formulée le 25 janvier 2022 par ce dernier, représenté par son assurance de protection juridique, SWICA a confirmé sa décision initiale dans une décision sur opposition du 12 avril 2022, entrée en force. Le 8 mai 2024, l'intéressé, défendu par un avocat, a alors déposé une demande de révision des décisions des 11 janvier et 12 avril 2022, sur laquelle SWICA n'est pas entrée en matière.

C.

SWICA a ensuite fait procéder à une nouvelle expertise, soit par le Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie. Celui-ci a examiné l'assuré en date du 27 janvier 2023, puis a transmis son rapport à l'assureur-accidents le 10 janvier 2024. Par décision du 22 avril 2024, SWICA a dès lors mis fin à la prise en charge du traitement médical au-delà du 27 janvier 2023, à l'exception d'un traitement de physiothérapie, jusqu'au 30 juin 2024. Elle a en outre reconnu le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 15%. Malgré une nouvelle opposition du 7 mai 2024 de l'intéressé, toujours représenté, SWICA a confirmé son dernier prononcé au terme d'une décision sur opposition du 10 septembre 2024.

D.

Le 10 octobre 2024, l'assuré, par son avocat, a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Il a conclu en substance, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision sur opposition et à la poursuite de la prise en charge du traitement médical après le 27 janvier 2023, à l'octroi d'une rente d'invalidité de 100%, subsidiairement de 80%, dès le 1^{er} janvier 2022, à l'octroi d'une IPAI de 100%, voire au renvoi de la cause à l'assureur-accidents pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Pour sa part, dans sa réponse du 12 novembre 2024, SWICA a conclu au rejet du recours. Au moyen d'une réplique du 16 janvier 2025, le recourant a confirmé ses conclusions. SWICA en a fait de même dans sa duplique du 11 février 2025. Le 27 février 2025, le recourant s'est encore déterminé spontanément, en maintenant sa position. Le 18 mars 2025, l'intimée a répondu à cette prise de position et a produit un nouveau rapport d'expertise. Par décision incidente du 24 mars 2025, le Juge instructeur a rejeté la requête du recourant tendant à ce que cette dernière écriture, ainsi que l'expertise précitée, soient écartées du dossier. Après que la procédure a été suspendue, le recourant a versé au dossier un rapport d'expertise privée et complété ses conclusions en demandant au TA qu'il ordonne la prise en charge des frais de cet examen par l'intimée. Cette dernière s'est

prononcée le 20 novembre 2025. Le 15 décembre 2025, le recourant a finalement transmis la note d'honoraires de son mandataire.

En droit:

1.

1.1 La décision sur opposition du 10 septembre 2024 représente l'objet de la contestation. Elle ressortit au droit des assurances sociales, rejette l'opposition du 7 mai 2024, confirme l'arrêt de la prise en charge des traitements liés à l'accident dès le 27 janvier 2023, à l'exception de trois mois de physiothérapie, accorde au recourant une IPAI de 15% mais nie le droit à une rente. L'objet du litige porte sur l'annulation de cet acte, sur le maintien de la prise en charge des traitements au-delà du 27 janvier 2023, sur l'octroi d'une rente de 100%, ainsi que sur l'allocation d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 100%, de même que, subsidiairement, sur le renvoi de la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Il porte aussi sur la prise en charge, par l'intimée, des frais relatifs à l'expertise privée diligentée par l'intéressé. Est en particulier litigieuse l'appréciation du Dr D._____, sur laquelle l'intimée s'est fondée pour admettre la disparition, dès le 27 janvier 2023, d'un lien de causalité entre l'accident et les plaintes persistantes.

1.2 C'est l'endroit de souligner que, s'agissant de l'octroi des indemnités journalières, le droit à ces prestations a été exclu par l'intimée au-delà du 31 décembre 2021 par acte du 11 janvier 2022, confirmé sur opposition le 12 avril 2022, motif pris qu'une capacité de travail totale avait été retrouvée dans l'activité habituelle ou toute autre activité adaptée. Or, l'intimée avait retenu en même temps que l'état de santé n'était pas stabilisé et qu'elle poursuivrait donc la prise en charge des traitements médicaux (dossier de l'intimée [dos. int.] 670 et 730). Elle s'était fondée sur une expertise orthopédique du 17 septembre 2020 ainsi que sur ses compléments, dont il avait résulté que la capacité de travail avait été recouvrée, mais

uniquement abstraction faite des douleurs persistantes au genou gauche, en lien de causalité avec l'accident et empêchant la reprise d'une quelconque activité (dos. int. 322, 450, 519 et 531). L'assureur-accidents doit toutefois prendre en charge les traitements et verser des indemnités journalières aussi longtemps qu'une amélioration notable de l'état de santé peut être attendue de la poursuite du traitement. La clôture du cas et la suspension de ces (deux) prestations temporaires n'est envisageable que si tel n'est plus possible (ATF 134 V 109 c. 4.1). C'est ainsi de manière incohérente que l'intimée a mis fin à l'octroi d'indemnités journalières parce que le recourant avait retrouvé une capacité de travail entière, partant, qu'il n'était donc plus à attendre d'amélioration à cet égard des traitements, tout en confirmant le droit à la prise en charge de ces derniers, au motif que l'état de santé n'était pas stabilisé. Certes, ce résultat a été formalisé par une décision sur opposition du 12 avril 2022, entrée en force. Néanmoins, la suspension des prestations temporaires et la clôture du cas avec examen du droit à la rente et à l'IPAI sont si étroitement liées que le point de savoir si le cas a été clôturé à juste titre ne peut pas entrer en force séparément de la question relative au droit à la rente (ATF 144 V 354 c. 4.2, 134 V 109 c. 3.2; arrêt du Tribunal fédéral [TF] 8C_170/2015 du 29 septembre 2015 c. 4.2, 8C_43/2017 du 1^{er} juin 2017 c. 2.3.2, in SVR 2017 UV n° 40 p. 138). Partant, il n'est en l'occurrence guère possible de séparer la question du droit aux traitements médicaux de celle afférente au droit aux indemnités journalières. Ce faisant, l'objet de la contestation doit s'étendre au droit à ces dernières prestations (voir VGE UV/2020/316 du 23 mars 2021 c. 1.2; ATF 144 V 354 c. 5.1; TF 8C_210/2018 du 17 juillet 2018 c. 3.2.3.2, in SVR 2019 UV n° 4).

1.3 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par un mandataire dûment constitué, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]; art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

1.4 Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française du TA dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et art. 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

1.5 Le TA examine librement la décision sur opposition contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPG; art. 80 let. c ch. 1 et art. 84 al. 3 LPJA).

2.

2.1 En principe, les prestations de l'assurance-accidents obligatoire sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle (art. 6 al. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents [LAA, RS 832.20]). Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPG).

2.2

2.2.1 L'assurance-accidents obligatoire n'alloue des prestations que s'il existe un lien de causalité à la fois naturelle et adéquate entre l'événement accidentel et le dommage survenu (maladie, invalidité, décès; ATF 148 V 356 c. 3, 147 V 161 c. 3.1, 129 V 177 c. 3.1 et 3.2).

2.2.2 Tout événement est une cause au sens de la causalité naturelle, lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière ou au même moment. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (conditio sine qua non; ATF 147 V 161 c. 3.2; TF 8C_305/2022 du 13 avril 2023 c. 3.1, in SVR 2023 UV n° 39). 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 tribunal en cas de recours – examine en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation de l'état de fait et des preuves en droit des assurances sociales. La simple possibilité d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage ne suffit pas à justifier le droit à des prestations (ATF 142 V 435 c. 1, 129 V 177 c. 3.1; TF 8C_537/2009 du 3 mars 2010 c. 5.1, in SVR 2010 UV n° 30).

2.2.3 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 existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 150 V 188 c. 4.2). Lorsqu'un accident se produit en présence d'un état maladif préexistant et qu'il est établi au plan médical que ni le *statu quo ante*, ni le *statu quo sine* ne pourront plus jamais être rétablis, il existe une aggravation durable (TF 9C_162/2019, 9C_191/2019 du 29 mai 2019 c. 3.2, in SVR 2019 IV n° 93). De même qu'en ce qui concerne l'existence du lien de causalité naturelle à la base de l'obligation de prestations, la cessation de l'influence causale des origines accidentelles d'une atteinte à la santé doit être établie avec une vraisemblance prépondérante, degré de preuve usuel en droit des assurances sociales. La simple possibilité d'une disparition totale des effets d'un accident ne suffit pas. Comme il s'agit là d'un fait susceptible de supprimer le droit aux prestations, le fardeau de la preuve en incombe – contrairement à la question de l'existence d'un lien de causalité naturelle fondant l'obligation de prêter – non pas à la personne assurée, mais à l'assureur-accidents (ATF 150 V 188 c. 4.2, 146 V 51 c. 5.1).

2.3 L'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet ex nunc et pro futuro à son obligation de prester, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale). Il peut liquider le cas en alléguant le fait qu'un événement assuré – selon une appréciation correcte de la situation – n'est jamais survenu. Il en va de même en ce qui concerne l'examen de la causalité adéquate entre l'accident assuré et l'atteinte à la santé. Là également, l'assureur-accidents, après avoir pris en charge le traitement médical et versé des indemnités journalières, peut nier la causalité adéquate entre l'accident assuré et l'atteinte à la santé et, sur cette base, mettre fin aux prestations avec effet ex nunc. Ce n'est qu'en cas de demande de restitution de prestations que les conditions d'une révocation doivent être observées (ATF 150 V 188 c. 7.2 et 7.3.5, 130 V 380 c. 2.3.1).

2.4 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 c. 3a).

3.

3.1 Dans sa décision sur opposition, l'intimée a reconnu une pleine valeur probante à l'expertise orthopédique du Dr D._____. Elle a rappelé que les différents experts ayant pris position dans le dossier (Dr C._____, Dr D._____ et les experts mandatés par l'assurance-invalidité [AI]) avaient conclu que l'assuré présentait une capacité de travail pleine et entière dans l'activité habituelle. Elle a par ailleurs soutenu qu'il n'y avait pas de lien de causalité entre le syndrome douloureux régional complexe (SDRC) et l'accident, au vu du temps écoulé entre ce dernier et

le diagnostic formellement posé. Quant aux douleurs neurogènes, elle a souligné qu'elles ne s'opposaient pas à la clôture du cas, vu l'avis du Dr D._____, dans la mesure où aucune amélioration sensible de l'état de santé ne pouvait être attendue d'un traitement médical. Concernant le droit à la rente, elle a rappelé qu'au regard de la pleine capacité de travail du recourant, une telle prestation pouvait d'emblée être écartée. Elle a néanmoins souligné qu'une atteinte à l'intégrité de 15% devait être admise, au regard des tabelles applicables. Dans son mémoire de réponse et ses prises de position ultérieures, l'intimée a maintenu ses conclusions, en produisant en particulier une expertise réalisée sur dossier par le Dr D._____, du 13 mars 2025. A l'appui de ce rapport, elle a confirmé qu'un SDRC ne pouvait pas être admis, ce spécialiste ayant en particulier posé trois diagnostics permettant d'expliquer les douleurs résiduelles du recourant.

3.2 Le recourant a rétorqué que c'était à tort que l'intimée avait retenu qu'il n'avait plus aucune séquelle de son accident et que sa capacité de travail était entière. Il a affirmé que ses douleurs neurogènes persistaient et qu'elles étaient en lien de causalité avec l'accident. A cet égard, il a précisé que l'intimée ne pouvait pas se baser sur les dires du Dr D._____, non spécialiste du domaine, mais qu'elle devait au contraire se baser sur les conclusions de l'expertise neurologique diligentée par l'Office AI, dans laquelle il avait été admis que les douleurs en cause étaient en lien de causalité avec une opération du genou gauche, atteint par l'accident. Il a ajouté que, si l'intimée entendait s'écarter des conclusions susmentionnées, elle aurait dû mettre en œuvre une expertise neurologique. Le recourant a aussi contesté le point de vue de l'intimée, selon qui, d'une part, il n'y aurait pas de lien de causalité entre le SDRC et l'accident, ainsi que, d'autre part, un tel lien aurait disparu à la date de l'expertise. Il a par ailleurs déclaré que le rapport du Dr D._____ n'était pas probant, puisqu'il était contredit par les avis de ses spécialistes traitants. Ainsi, il a affirmé que l'intimée devait continuer à prendre en charge les traitements susceptibles d'améliorer sa capacité de travail. Il a ensuite reproché à l'intimée de ne pas être entrée en matière sur l'examen de son droit à une rente, de lui avoir refusé l'octroi d'une telle prestation et de lui avoir octroyé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de seulement

15%. Enfin, à l'appui d'un rapport d'expertise privée, du 30 septembre 2025, il a répété que l'influence persistante d'un SDRC était établie, ce qui justifiait un droit à une rente de 100%.

4.

4.1 En premier lieu, on précisera que l'intimée ne conteste pas que les conditions d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA sont réunies concernant l'événement du 25 janvier 2019. Pour mettre fin à son obligation de prêter qu'elle avait initialement reconnue, il incombe en conséquence à l'intimée d'établir que l'atteinte à la santé est désormais exclusivement imputable à des causes étrangères à l'accident (voir c. 2.2.3 et c. 2.3).

4.2 Qui plus est, il sied de relever qu'en mettant fin à ses prestations pour la période postérieure au 27 janvier 2023, l'intimée a statué de manière rétroactive. Or, puisqu'elle a renoncé à réclamer la restitution des prestations allouées depuis lors, la situation d'espèce s'assimile à un arrêt de prestations ex nunc et pro futuro (TF 8C_52/2023 du 6 juillet 2023 c. 2.2.1, 8C_786/2021 du 11 février 2022 c. 2; JTA LAA/2024/513 du 16 avril 2025 c. 4.2). Il n'est dès lors pas nécessaire d'examiner si l'intimée pouvait se prévaloir d'un motif de révocation (voir c. 2.3 in fine).

5.

Il s'agit d'examiner si c'est à juste titre que l'intimée a exclu la persistance, au-delà du 27 janvier 2023 (à l'exception de la prise en charge de trois mois de traitement de physiothérapie), de tout lien de causalité entre l'accident et les plaintes persistantes du recourant.

5.1 A titre liminaire, il sied de relever que plusieurs rapports médicaux d'un hôpital universitaire concernant la période du 11 novembre 2024 au 10 avril 2025, donc postérieurement à la décision attaquée, ont été versés au dossier (pièces justificatives [PJ] 7 et 9 à 12 du recourant). Il en va de même de l'expertise sur dossier, du 13 mars 2025, produite par l'intimée, ainsi que de l'expertise privée du 7 juillet 2025, transmise par le recourant

(PJ 21 du recourant). Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et qui ont modifié cette situation doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 c. 4.3.1). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (TF 8C_239/2020 du 19 avril 2021 c. 7.2.1, 9C_34/2017 du 20 avril 2017 c. 5.2). En l'espèce, les documents précités, bien que tous postérieurs à la décision sur opposition litigieuse, seront pris en considération dans la présente procédure, à laquelle ils sont étroitement liés, puisqu'ils sont de nature à influencer l'appréciation au moment où cet acte a été rendu. Cela étant, le dossier permet de constater les principaux éléments qui suivent.

5.2 Dans un rapport du 10 février 2019, le médecin généraliste ayant procédé au premier examen du recourant a relevé que celui-ci s'était blessé au genou gauche lors d'une chute à ski le 25 janvier 2019, ce qui avait provoqué des douleurs immédiates et une impossibilité de mettre le genou à charge. Il a en particulier constaté qu'il y avait peu d'épanchement au genou gauche, des ligaments latéraux stables, mais, selon un examen radiologique, aucune lésion au niveau osseux. Il a attesté une incapacité de travail à 100% (dos. int. 24).

5.3 Le 20 mai 2019, le Dr E._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, a constaté que le recourant souffrait d'une distorsion de l'articulation du genou gauche, avec lésion en anse de seau du ménisque médial et rupture du ligament croisé antérieur à la suite de sa chute à ski (dos. int. 53, voir aussi le rapport radiologique du 30 janvier 2019 [dos. int. 28]). Il a ajouté avoir procédé à une arthroscopie le 14 février 2019, avec suture du ménisque et reconstruction du ligament croisé antérieur (voir dos. int. 32 et 33). Le 11 juillet 2019, il a fait état d'une bonne évolution, avec toutefois des douleurs résiduelles et un déficit fonctionnel (dos. int. 65). Le recourant a alors pu reprendre le travail à 50% le 15 avril 2019, puis à 100% dès le 13 mai 2019 (dos. int. 322 et 327).

5.4 En raison de douleurs importantes rapportées au genou gauche, un examen radiologique a été effectué le 13 décembre 2019 (dos. int. 70). Celui-ci a révélé une destruction du ménisque médial avec indication pour une révision arthroscopique (dos. int. 72), si bien que le Dr E._____ a procédé à une nouvelle intervention le 9 janvier 2020 (ménisectomie partielle avec ablation du matériel de suture étranger, levée des adhérences cicatricielles postopératoires, plastie de l'échancrure intercondylienne et excision au niveau du plateau tibial [dos. int. 122]). Le 29 avril 2020, ce spécialiste a posé le diagnostic de récurrence symptomatique d'adhérences du genou gauche après les opérations du 14 février 2019 et 9 janvier 2020. Une arthrofibrose a donc été effectuée le 7 mai 2020 (dos. int. 142 et 907). Six semaines après l'intervention, le Dr E._____ a noté que le recourant continuait de souffrir de fortes douleurs entravant la mobilité, même si celles-ci avaient diminué (dos. int. 169 et 304). Il a encore confirmé la persistance des douleurs le 15 juillet 2020 (dos. int. 306). Le 19 août 2020, il a en outre observé un décalage important entre les résultats de l'examen et la douleur rapportée, ce qui l'a amené à soupçonner une inflammation dystrophique réflexe croissante. Il a alors recommandé une prise en charge auprès de spécialistes de la douleur (dos. int. 309).

5.5 Le 16 mars 2020, un institut de radiologie a communiqué les résultats d'une IRM du genou gauche. Il a signalé qu'il n'y avait pas d'indice en faveur d'une nouvelle rupture du ménisque, mais a signalé la présence d'une chondropathie progressive de l'articulation fémorotibiale (max. III). Il a aussi suspecté une maladie de Sudeck (dos. int. 303). Le 4 septembre 2020, il a ajouté qu'une récurrence d'arthrofibrose était possible (dos. int. 313).

5.6 Au moyen d'un écrit du 28 août 2020, un spécialiste en oncologie et hématologie a rapporté que l'assuré était en rémission complète d'une leucémie depuis 1994 mais qu'il n'y avait aucun lien entre celle-ci et les atteintes au genou. Il a aussi relevé que le recourant était en attente d'un traitement approprié pour ses atteintes postopératoires de type Sudeck (dos. int. 311 et 393). Dans ses rapports ultérieurs, il a posé le diagnostic de SDRG du genou gauche et évoqué une aggravation de la situation, avec des douleurs massives et constantes au genou gauche, affectant le

sommeil et la marche. Il a par ailleurs attesté une incapacité de travail à 100% pour toute activité (dos. int. 408 s., 456 et 478).

5.7 Dans un rapport d'expertise du 17 septembre 2020, complété en date du 26 avril 2021, le Dr C._____, médecin-conseil de l'assureur-accidents et spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, a posé le diagnostic (avec répercussion sur la capacité de travail) de gonalgies persistantes à gauche. D'après lui, l'état du genou était compatible avec une algodystrophie de stade I. Il a de plus souligné qu'il était uniquement exigible du recourant qu'il exerce une activité sédentaire, adaptée aux limitations induites par l'atteinte à son genou. Dans une telle activité et sans tenir compte des douleurs, il a estimé la capacité de travail de l'intéressé à 70%. Il a ajouté que l'état du patient n'était toutefois pas stabilisé (dos. int. 322 et 450).

5.8 Dans leur rapport du 16 novembre 2020, les médecins d'un centre d'antalgie d'un hôpital régional ont en particulier confirmé que le recourant présentait une gonalgie après plusieurs opérations, pour laquelle il n'y avait pas d'explication claire, notamment en l'absence de signes cliniques et radiologiques convaincants pour un SDRC. En indiquant que les douleurs présentaient selon eux une composante neuropathique significative, les médecins ont proposé la pose d'un stimulateur médullaire (dos. int. 422).

5.9 Le 12 janvier 2021, la clinique romande de réadaptation a en particulier posé le diagnostic de SDRC du genou gauche. Au regard de l'évolution chronique de l'algodystrophie, les spécialistes de la clinique ont préconisé une prise en charge stationnaire/interdisciplinaire (dos. int. 337).

5.10 A l'issue d'une nouvelle expertise, dont les conclusions ont été rédigées le 8 juin 2021 et complétées le 24 juin 2021, le Dr C._____ a retenu les diagnostics (avec effet sur la capacité de travail) de gonalgies à gauche persistantes, de status après les opérations des 14 février 2019, 9 janvier et 7 mai 2020, ainsi que d'algodystrophie (de stade II à III). Il a fait état d'une péjoration de l'état de santé et émis un pronostic défavorable, en indiquant que les douleurs empêchaient toute reprise du travail. Il a aussi relaté que, selon lui, des facteurs non-organiques jouaient un rôle important

dans l'évolution du cas. Il a encore déclaré que les troubles étaient en lien de causalité certain avec l'accident (dos. int. 519 et 531).

5.11 Le 19 août 2021, la clinique romande de réadaptation a relevé que le recourant avait été hospitalisé du 29 juin au 9 août 2021 et avait bénéficié de séances de physiothérapie et d'ergothérapie, ainsi que d'un suivi psycho-somatique. Elle a posé le diagnostic principal de traumatisme du membre inférieur gauche, traité chirurgicalement, avec lésion partielle du ligament croisé antérieur, entorse du ligament latéral interne de grade I et lésion de la corne postérieure du ménisque interne. Elle a en outre fait mention des diagnostics secondaires de SDRC du genou gauche et de chondropathie de grade 2-3 du compartiment fémorotibial. A l'issue du séjour, il a été relevé que les douleurs avaient surtout une composante neuropathique et que la mobilité restait limitée, sans amélioration au niveau de la douleur et du sommeil (dos. int. 563; voir aussi dos. int. 566 et 568). Par ailleurs, durant ce séjour, un ultrason a été effectué au niveau du nerf saphène. Celui-ci a révélé une hypertrophie du nerf, sans qu'une lésion de celui-ci puisse être exclue (voir dos. int. 559). Une électroneuromyographie des membres inférieurs s'est en outre révélée normale, sans argument pour une atteinte du nerf saphène ou du nerf fibulaire (dos. int. 561). Lors d'une consultation de suivi de l'appareil locomoteur, du 28 septembre 2021, il a enfin été signalé un effet rebond négatif de la prise en charge stationnaire, avec une exacerbation des douleurs, mais une meilleure mobilisation et une légère amélioration de la marche (dos. int. 614).

5.12 Dans un écrit du 29 août 2021, l'institut de radiologie a rapporté les résultats d'une IRM du bassin/de la hanche droite, soit la présence d'une coxarthrose, d'une fissure labrale et d'un kyste paralabral (dos. int. 635). Le 30 août 2021, l'institut a également évoqué les observations par IRM du genou droit, soit une chondropathie fémoropatellaire de grade I et fémorotibiale de grade II, ainsi qu'une fissure horizontale de grade III du corps et de la corne postérieure du ménisque médial (dos. int. 629). Une IRM du genou gauche réalisée le même jour a ensuite permis d'observer une chondropathie fémorotibiale de grade III et fémoropatellaire de grade II. Il a également été relevé un status après une plastie du ligament croisé antérieur satisfaisante, de même qu'après une résection partielle du

ménisque médial, sans nouvelle fissure. Il a encore été mentionné qu'il n'y avait pas d'argument en faveur d'un Sudeck (dos. int. 632).

5.13 Le Dr C. _____ a procédé à une nouvelle expertise le 26 octobre 2021. Il a alors posé les diagnostics (avec répercussion sur la capacité de travail), d'algodystrophie du genou gauche, évoluant probablement depuis janvier 2020, de coxarthrose primaire à droite et de troubles dégénératifs débutants au genou droit. Il a précisé que si les douleurs au genou gauche étaient en lien de causalité certain avec l'accident, ce n'était pas le cas de celles au genou et à la hanche droites. Il a ajouté que des douleurs intenses empêchaient l'assuré de reprendre son activité habituelle, même si la reprise de celle-ci pouvait objectivement être envisagée (dos. int. 620).

5.14 A la suite de rapports émis en décembre 2021, le Dr F. _____, un spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie, a retenu les diagnostics de coxarthrose avancée en présence d'un conflit fémoro-acétabulaire à droite, de douleurs massives au genou gauche avec suspicion d'algodystrophie, de douleurs à la hanche gauche et de limitations fonctionnelles modérées du genou droit, en lien avec une lésion de la corne postérieure du ménisque (dos. int. 646 et 665). Le 16 février 2022, il a procédé à la mise en place d'une prothèse totale de la hanche droite (dos. int. 705 et 756). Le 25 août 2022, il a déclaré que l'évolution était satisfaisante à la hanche droite mais que la situation était inchangée au genou gauche, avec des douleurs importantes. Il a recommandé une consultation auprès de spécialistes de la douleur (dos. int. 770).

5.15 L'oncologue traitant a rappelé, le 17 janvier 2022, que son patient souffrait d'une gonarthrite à gauche ayant donné lieu au développement d'un SDRC avec des douleurs intenses. Il a ajouté que l'état d'incapacité de travail totale allait probablement être définitif (dos. int. 752, voir aussi dos. int. 760, 914 et 945).

5.16 Le 10 novembre 2022, une clinique de chirurgie orthopédique et de traumatologie d'un hôpital universitaire a posé les diagnostics de douleurs invalidantes du genou gauche avec limitation de la mobilité et intolérance à la charge, de suspicion urgente de SDRC de type II et de status après la pose d'une prothèse totale de la hanche droite (dos. int. 921 et 949).

5.17 L'Office AI Berne a diligenté une expertise en médecine interne, chirurgie orthopédique et traumatologie, neurologie, ainsi qu'en psychiatrie (dos. int. 993). Le 20 mars 2023, les experts mandatés ont retenu les diagnostics d'entorse du genou gauche avec rupture du ligament croisé antérieur (ch. S83.5 de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé), de déchirure méniscale en anse de seau du ménisque interne du genou gauche (ch. S83.2 CIM-10), de SDRC du genou gauche (ch. M89.0 CIM-10), de déchirure de la corne postérieure du ménisque interne du genou droit (ch. M23.2 CIM-10), de coxarthrose droite (ch. M16.9 CIM-10), de status après prothèse totale de hanche droite (ch. Z96.6 CIM-10), de douleurs neurogènes de type neuropathique (ch. MG30.5Z CIM-10), d'épisode dépressif léger, avec syndrome somatique (ch. F32.01 CIM-10), d'obésité exogène (ch. E66 CIM-10), de status après leucémie myéloïde aiguë de type M3 (promyelocytaire) en 1994, traitée par chimiothérapie (ch. C92.1 CIM-10), d'épisode de pneumonie et d'un status après cataracte et glaucome bilatéral. Ils ont conclu que la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée était nulle depuis le 13 décembre 2019 et de 30% dès juin 2020 (dos. int. 999).

5.18 Selon un rapport du 12 octobre 2023 d'un centre de neurologie d'un hôpital universitaire, le recourant y a été hospitalisé du 31 août au 22 septembre 2023. Les médecins du centre ont alors posé les diagnostics principaux de douleur chronique avec facteurs somatiques et psychiques, de neuropathie du nerf péronier gauche, d'uvéïte virale et de glaucome gauche. Ils ont fait état de la présence d'indices cliniques clairs d'un trouble généralisé de gestion de la douleur, ce qui plaiderait en faveur d'une douleur chronique (dos. int. 1151).

5.19 Dans un rapport remis le 10 janvier 2024 à l'intimée, le Dr D._____, un spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, a retenu les diagnostics (en lien de causalité naturelle avec l'accident du 25 janvier 2019) de status après une solution de continuité du ligament croisé antérieur, lésion du ménisque interne en anse de seau du genou gauche le 25 janvier 2019, après les opérations des 14 février 2019 et 9 janvier 2020, après une récurrence d'adhérences du genou gauche le 29 avril

2020, après l'opération du 7 mai 2020, après un SDRC de type I du genou gauche le 17 septembre 2020 et après un syndrome fémoropatellaire gauche aggravé par l'insuffisance du muscle vaste interne gauche. L'expert a retenu que les douleurs persistantes étaient liées à deux atteintes du membre inférieur gauche: un conflit fémoroacétabulaire, d'une part, et un syndrome fémoropatellaire aggravé par une insuffisance musculaire, d'autre part. Il a ajouté que l'accident n'avait fait que péjorer temporairement cette dernière pathologie, qui pouvait être traitée en trois mois. Il a conclu que la capacité de travail dans l'activité habituelle était pleine et entière (dos. int. 1208). Le 13 mars 2025, l'expert a confirmé ses conclusions et nié l'effet d'un SDRC de type II (PJ 1 de l'intimée).

5.20 Le 23 mai 2024, un centre de la douleur d'un hôpital universitaire a posé le diagnostic de SDRC (de type II), en mentionnant une neuropathie du nerf péronier à gauche (dos. int. 1710; voir aussi PJ 7 du recourant). Après une hospitalisation du 14 au 21 janvier 2025 (PJ 8 du recourant), ce diagnostic a été confirmé et il a été relevé que les douleurs lombaires étaient liées à une mauvaise posture/posture d'évitement, ainsi qu'à un déconditionnement musculaire (PJ 9 du recourant). Les douleurs persistant et aucune mesure conservatoire n'étant plus envisageable, la pose d'un neuromodulateur a été décidée (PJ 11 et 12 du recourant).

5.21 A la demande de l'assuré, une expertise privée a été réalisée par des spécialistes en neurologie d'un hôpital universitaire. Dans leur rapport daté du 7 juillet 2025, ceux-ci ont posé le diagnostic de SDRC de type I. Ils ont en particulier exclu un SDRC de type II, faute de lésions neurologiques. Ils ont par ailleurs indiqué que l'atteinte diagnostiquée était en lien de causalité avec l'accident litigieux et confirmé, s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail de l'intéressé, les conclusions émises par les experts mandatés par l'Office AI Berne (PJ 21 recourant).

6.

Se pose la question de la force probante de l'expertise remise à l'intimée le 10 janvier 2024 par le Dr D._____, sur laquelle l'assureur-accidents a fondé sa décision sur opposition.

6.1 La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

6.2 En l'occurrence, d'un point de vue formel, le rapport du Dr D._____ comprend une anamnèse ciblée ainsi qu'une appréciation diagnostique et médicale du cas, en tenant compte des plaintes subjectives du patient. Il liste de manière détaillée les rapports antérieurs et discute les conclusions de ceux-ci. Il apporte en outre des réponses explicites aux questions de causalité soulevées par l'intimée. Ses conclusions finales, étayées par la clinique stricte du cas, en particulier un examen personnel du recourant, les examens radiologiques ainsi que les comptes rendus médicaux, sont dès lors détaillées, étayées et dénuées de toute approximation. Les rapports médicaux ultérieurs ont par ailleurs également été pris en considération par l'expert, dans sa prise de position du 13 mars 2025. Qui plus est, dans la mesure où est surtout controversé le fait de savoir si le tableau clinique est influencé par un SDRC en lien de causalité avec l'accident litigieux, il faut souligner que cette atteinte est considérée comme une maladie de nature neurologique-orthopédique-traumatologique, soit une atteinte organique (TF 8C_234/2023 du 12 décembre 2023 c. 3.2). Partant, le Dr D._____, en sa qualité de spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie, avait notamment les compétences pour examiner cette pathologie. Cela vaut à plus forte raison qu'il pouvait se fonder sur une documentation complète émanant de spécialistes en neurologie, à savoir ceux mandatés par l'Office AI Berne, de même que ceux consultés par le recourant. Cela étant, force est de constater que, du point de vue formel, l'appréciation du Dr D._____ répond aux réquisits posés par la jurisprudence (voir c. 6.1).

6.3 Sur le plan matériel, les conclusions du Dr D._____ excluant la persistance d'un SDRC et déniaient toute origine accidentelle aux plaintes du recourant encore présentes s'avèrent également convaincantes. En effet, son raisonnement, par lequel il explique les douleurs persistantes au genou gauche du recourant, peut facilement être restitué. A cet égard, il faut tout d'abord rappeler que ce spécialiste a posé les diagnostics de conflit fémoroacétabulaire antérieur gauche de type came et de syndrome fémoropatellaire gauche, aggravé par l'insuffisance du muscle vaste interne gauche. Outre par son observation clinique (dos. int. 1226 et 1231), il a justifié le premier de ces diagnostics de manière probante, sur la base d'une imagerie de la hanche gauche effectuée le jour de son examen, à l'instar du second diagnostic, sur la base d'une imagerie, qui a quant à elle révélé l'existence d'une chondropathie fémoropatellaire gauche, antérieure à l'accident du 25 janvier 2019 (voir dos. int. 28 et 303). Il a ensuite exposé de façon cohérente que cet événement n'avait causé aucune modification structurelle et qu'il n'avait pas affecté l'articulation fémoropatellaire, mais seulement le ligament croisé antérieur ainsi que le ménisque interne du genou gauche. Il a conclu de façon cohérente que les deux diagnostics en cause avaient une origine malade, de type congénital, sans lien de causalité avec l'accident. Aussi, il a mentionné de façon logique que le syndrome fémoropatellaire avait néanmoins été aggravé sévèrement suite à l'accident, par une amyotrophie non traitée du muscle vaste interne gauche, qui était toutefois temporaire et susceptible d'être résolue après trois mois, sans séquelles (dos. int. 1244 s., 1250 et 1256). Il a cependant spécifié que les lésions cartilagineuses fémoropatellaires gauches préexistantes et de nature malade allaient néanmoins persister après le traitement, avec leur symptomatologie propre (dos. int. 1248). On parvient donc aisément à saisir pourquoi ce spécialiste n'a retenu aucune limitation fonctionnelle définitive (liée à l'accident), après le traitement conseillé (dos. int. 1250). Concernant les autres diagnostics présentant un lien de causalité avec l'accident (voir c. 5.19), le Dr D._____ a expliqué de manière compréhensible que les lésions de nature traumatique au ligament croisé antérieur et au ménisque, ayant nécessité l'opération du 14 février 2019, puis celles des 9 janvier et 7 mai 2020, ainsi que les arthrofibroses secondaires au genou gauche, étaient selon lui guéries sans séquelles (dos. int. 1244). Il a exposé ensuite que l'affection à la hanche droite était

d'origine malade et qu'elle avait été résolue par la pose d'une prothèse totale de hanche (dos. int. 1237). Le raisonnement tenu par le Dr D._____ est du reste appuyé par les constats émis à la suite des opérations, en particulier par le Dr E._____, qui avait fait état, dès août 2020, d'un résultat favorable des interventions sur le plan orthopédique, même si des douleurs persistantes au genou gauche lui avaient fait suspecter une inflammation dystrophique réflexe croissante (voir c. 5.4). Le point de vue du Dr D._____ concorde en outre avec les examens radiologiques subséquents, notamment l'IRM du 24 mai 2022, qui illustre un status post plastie du ligament croisé antérieur intègre, sans signe de complication ou de déchirure méniscale nouvelle (dos. int. 758, voir aussi dos. int. 303, 313, 632 et 952). Le développement du spécialiste consulté par l'intimée, étayé de manière circonstanciée, est ainsi cohérent.

6.4 Dans son expertise, le Dr D._____ a également traité de façon convaincante du SDRC. En effet, il a reconnu la manifestation d'un SDRC de type I après l'accident, en estimant que celui-ci avait constitué une complication postopératoire, en lien de causalité avec l'accident (dos. int. 1243). Il a ainsi validé le diagnostic posé par le Dr C._____ dans son expertise du 17 septembre 2020 (voir c. 5.7) et repris ultérieurement par d'autres spécialistes, notamment de la clinique romande de réadaptation (voir c. 5.11). Il a cependant relaté que le SDRC de type I n'était plus présent au jour de son examen. Pour ce faire, il s'est basé sur son propre examen clinique, de même que sur une évaluation des critères de Budapest (TF 8C_331/2024 du 29 novembre 2024 c. 4.3.1, 8C_71/2024 du 30 août 2024 c. 6.2 et les références). Il a en particulier considéré que le quatrième critère, à savoir l'absence d'autre diagnostic pouvant mieux expliquer les symptômes et signes, n'était pas satisfait (dos. int. 1232). En effet, selon lui et comme évoqué (voir c. 6.3), les douleurs résiduelles du recourant s'expliquaient par la présence d'un conflit fémoroacétabulaire antérieur gauche de type came et d'un syndrome fémoropatellaire gauche, temporairement aggravé par l'importante amyotrophie du muscle vaste interne gauche (dos. int. 1264). Il a en outre étayé son avis par le fait que le traitement antalgique avait été stoppé par l'assuré à la date de l'expertise du Dr C._____ du 26 octobre 2021 et que des signes en faveur d'un SDRC n'apparaissaient plus à l'examen radiologique du 30 août 2021

(dos. int. 632 et 1244), même si le poids à accorder à ce dernier argument est à relativiser au vu du rôle controversé de l'imagerie pour le diagnostic de SDRC (voir TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 c. 6.2). Le fait que ce diagnostic ait été retenu en mars 2023 à l'occasion de l'expertise diligentée par l'Office AI ne remet pas en cause le bien-fondé des conclusions du Dr D._____. En effet, ce dernier a dûment pris position à ce propos et indiqué de manière probante que, s'agissant du volet orthopédique de cet examen, les diagnostics de conflit fémoroacétabulaire antérieur gauche de type came et de syndrome fémoropatellaire gauche n'avaient pas été examinés. Il a ajouté que les douleurs au genou gauche en relation avec ces pathologies n'avaient par conséquent pas été prises en considération. Par ailleurs, l'avis du Dr D._____ emporte conviction, en tant qu'il a signalé que les experts mandatés par l'AI n'avaient pas non plus procédé à un examen des critères de Budapest, dans leur expertise du 20 mars 2023. En outre, si le Dr D._____ s'est imposé une certaine retenue au moment de se prononcer sur le volet neurologique, il a néanmoins souligné que le SDRC n'avait pas été reconnu dans le volet neurologique de l'expertise (dos. int. 1264-1266). En effet, les experts précités ont certes conclu aux diagnostics de douleurs neurogènes de type neuropathique (ch. MG30.5Z) situées sur la partie antérieure du genou, en lien avec la deuxième opération, ainsi que de douleurs neurogènes persistantes malgré une troisième intervention (dos. int. 1025). Le diagnostic différentiel de pathologie fémoropatellaire n'a toutefois pas été abordé, ainsi que l'a relevé le Dr D._____ (dos. int. 1266). Ce dernier a dès lors pris position de manière circonstanciée sur les conclusions de cette expertise et expliqué de façon convaincante pourquoi celles-ci ne changeaient pas son appréciation (dos. int. 1264). Il en va du reste de même du diagnostic de SDRC de type II avec une neuropathie du nerf péronier gauche, retenu par le centre de la douleur consulté en dernier lieu par l'assuré (voir c. 5.21). Le Dr D._____ s'est déterminé à ce sujet dans son avis sur dossier du 13 mars 2025 (PJ 1 de l'intimée). Il a d'abord relevé à cet égard que ce diagnostic était apparu seulement après son expertise remise à l'intimée le 10 janvier 2024. Il a ensuite expliqué d'une façon qui ne prête pas le flanc à la critique que les spécialistes consultés avaient implicitement admis l'absence d'un autre diagnostic à même d'expliquer les douleurs résiduelles, sans pour autant aborder les diagnostics qu'il avait posés dans

son expertise et qui permettaient selon lui d'expliquer les douleurs au genou gauche (PJ 1, p. 9 de l'intimée). Quant à la lésion du nerf péronier gauche, le Dr D._____ a en particulier relevé qu'une telle lésion n'apparaissait pas lors de l'électroneuromyogramme (ENMG) du 16 juillet 2021 et n'était pas non plus retenue dans l'expertise pluridisciplinaire du 20 mars 2023 (PJ 1, p. 10 de l'intimée). Il a encore discuté de l'ENMG du 30 juin 2023, en relevant de façon probante que celui-ci ne mettait en évidence qu'une asymétrie des amplitudes, dont l'étiologie restait peu claire (dos. int. 1245). Les mêmes observations émanent d'ailleurs du rapport du 12 octobre 2023, qui cite cet examen et dans lequel il n'est pas retenu le diagnostic de SDRC de type II (dos. int. 1151). La position du Dr D._____ est également corroborée par l'expertise privée du 7 juillet 2025, versée au dossier par le recourant, qui, sur la base d'un examen clinique et d'un ENMG, exclut toute lésion nerveuse (voir p. 17, 19 et 23). Quant au rapport du 11 novembre 2024, s'il admet le diagnostic de SDRC de type II, il reste succinct et n'expose pas les détails de l'examen des critères de Budapest, dont seul le résultat est communiqué (PJ 7 du recourant). Il en va d'ailleurs de même du rapport du 7 janvier 2025 (PJ 10 du recourant). On ne peut en particulier pas examiner quelles investigations ont été menées en lien avec le quatrième critère et si les diagnostics du Dr D._____ ont été discutés. Le fait que ce spécialiste n'ait pas retenu un SDRC de type I ou de type II demeure ainsi cohérent au regard des autres éléments au dossier.

6.5 S'agissant de l'expertise neurologique du 7 juillet 2025, il y a encore lieu de souligner ce qui suit. Tout d'abord, il convient de préciser qu'une expertise privée d'une partie n'est pas douteuse du simple fait qu'elle est produite en procédure par l'une des parties au litige (ATF 125 V 351 c. 3b/dd, 122 V 157 c. 1c; RAMA 1993 p. 96 c. 5a; RCC 1986 p. 200 c. 2a). Néanmoins, elle ne revêt pas la même valeur qu'une expertise recueillie par un juge ou un assureur social, conformément aux règles de procédure applicables. Elle oblige toutefois le tribunal à examiner, conformément aux règles établies par la jurisprudence en matière d'appréciation des preuves si, sur des questions juridiquement pertinentes, l'expertise privée est de nature à remettre en question l'appréciation et les conclusions de l'expert mandaté formellement par le juge ou par l'assureur social, au point qu'il

s'impose de se distancer de celles-ci (ATF 125 V 351 c. 3c; TF 8C_507/2015 du 6 janvier 2016 c. 4.1, in SVR 2018 UV n° 26). Tel n'est pas le cas en l'espèce. En effet, les conclusions de l'expertise privée s'écartent principalement de celles du Dr D._____ en cela qu'elles retiennent la présence d'un SDRC de type I (PJ 21, p. 14-17 du recourant et dos. int. 1232). Sur la base de leurs examens respectifs, il apparaît cependant que celles-ci se recoupent sur les trois premières catégories des critères de Budapest, la principale différence résidant dans le résultat du quatrième critère, soit celui de l'absence d'autres diagnostics pouvant mieux expliquer les symptômes/signes. Or, comme exposé, le Dr D._____ retient de manière crédible la présence de deux autres diagnostics expliquant les douleurs résiduelles. Questionnés à cet égard, les spécialistes en neurologie mandatés par le recourant ont indiqué pour leur part que les douleurs étaient compatibles avec les séquelles du SDRC de type I. Concernant les diagnostics de chondropathie fémorotibiale interne ou de syndrome fémoropatellaire, ils ont uniquement déclaré qu'ils laissaient le soin aux spécialistes en orthopédie de juger des douleurs causées par ces atteintes. Ils n'ont d'ailleurs pas abordé la question des douleurs possiblement liées au conflit fémoroacétabulaire gauche. Ce faisant, ils n'ont pas exclu la présence de ces pathologies ni, a fortiori, qu'elles pourraient expliquer les douleurs et donc exclure la présence d'un SDRC de type I, même s'ils ont déclaré que la clinique présentée semblait clairement dépasser ce cadre lésionnel (PJ 21, p. 25 du recourant). Dans ces conditions, l'expertise privée versée au dossier n'est dès lors pas de nature à remettre en cause les conclusions étayées et cohérentes du Dr D._____. En regard de ce résultat, il importe du reste peu de discuter de la question de savoir si, comme l'intimée l'a fait valoir dans sa décision sur opposition et ses déterminations ultérieures, un SDRC en lien avec l'accident ne pourrait de toute manière pas être retenu, parce que les symptômes de celui-ci ne se seraient pas manifestés dans le délai de latence de six à huit semaines évoqué par la jurisprudence, à titre de valeur empirique, pour qu'un tel diagnostic puisse être retenu (voir TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 c. 6.2).

6.6 Il résulte de tout ce qui précède que le rapport du Dr D._____ s'avère logique, convaincant et dépourvu de contradiction. Partant, il y a

lieu de reconnaître une entière valeur probante aux conclusions de ce médecin et de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante (voir c. 2.2.3), que le cas pouvait être considéré comme étant stabilisé et que les douleurs présentes n'étaient plus dues de manière prépondérante à l'accident du 25 janvier 2019, mais en relation avec un syndrome fémoropatellaire gauche et un conflit fémoroacétabulaire de la hanche gauche. C'est le lieu de souligner que dans la mesure où le Dr D. _____ a relevé que les douleurs résiduelles étaient à mettre en lien avec une aggravation temporaire du syndrome précité, par une amyotrophie musculaire susceptible d'être traitée en trois mois, il faut en déduire que l'état doit être réputé stabilisé (au sens de la jurisprudence, voir c. 1.2; voir également ATF 149 V 224 c. 6.3.1, 143 V 148 c. 3.1.1, 137 V 199 c. 2.1), une fois la physiothérapie conseillée menée à bien. C'est en effet moyennant l'exécution de ce traitement que le Dr D. _____ a jugé que le statu quo sine serait alors atteint. Sur cette base, l'intimée a d'ailleurs fixé cette échéance au 30 juin 2024, dans sa décision du 22 avril 2024 (dos. int. 1427). C'est donc à cette échéance que la stabilisation du cas doit être retenue. Cela étant précisé, puisqu'un lien de causalité naturelle doit être niée, dès le 30 juin 2024, entre l'accident et les plaintes résiduelles, il est du reste superflu d'examiner la question de la causalité adéquate (ATF 149 V 218 c. 5.2, 140 V 356 c. 3.2; SVR 2020 UV n° 34 c. 3.2).

6.7 Il s'ensuit que l'état de fait était établi à suffisance au moyen de l'expertise du Dr D. _____. L'intimée n'était ainsi pas tenue d'organiser une nouvelle expertise neurologique ou orthopédique. Pour la même raison, la réalisation d'une expertise judiciaire ne se justifie pas non plus. Partant, ces réquisitions de preuve (p. 29 du recours et p. 5 de la prise de position du recourant du 5 juin 2025) doivent être rejetées. C'est ainsi à juste titre que l'intimée a mis fin à la prise en charge du traitement médical à partir du 27 janvier 2023 et, s'agissant de la physiothérapie, au 30 juin 2024, puis qu'il a exclu tout droit à une rente.

6.8 Néanmoins, puisque le droit à des indemnités journalières doit être intégré à l'objet de la présente contestation (voir c. 1.3) et qu'il résulte des conclusions convaincantes du Dr D. _____ que le cas peut être considéré comme stabilisé au 30 juin 2024 (après l'exécution de la

physiothérapie), la décision sur opposition doit être annulée en tant qu'elle nie tout droit à des indemnités journalières au-delà du 31 décembre 2021 et la cause doit être renvoyée à l'intimée pour qu'elle examine les autres conditions du droit ces prestations jusqu'au 30 juin 2024.

7.

Il y a encore lieu de déterminer si c'est aussi à bon droit que l'intimée a refusé d'accorder une indemnité supérieure à 15% pour atteinte à l'intégrité.

7.1 Aux termes de l'art. 24 al. 1 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. L'art. 25 al. 1 LAA dispose que l'IPAI est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité. D'après l'art. 25 al. 2 LAA, le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité. Il a fait usage de cette délégation de compétence à l'art. 36 de l'ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents (OLAA, RS 832.202). L'al. 1 de cette disposition prescrit qu'une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. L'al. 2 prévoit que l'IPAI est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3. Dans cette annexe, le Conseil fédéral a édicté un barème des indemnités selon une liste non exhaustive d'atteintes fréquentes et typiques, laquelle a été reconnue comme étant conforme à la loi (ATF 124 V 29 c. 1b). Enfin, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée en fonction de la gravité de l'atteinte. Celle-ci est évaluée d'après le diagnostic médical (ATF 150 V 469 c. 3, 124 V 29 c. 3c).

7.2 En l'espèce, le recourant ne conteste ni l'application ni la validité de la table 5 de la Suva "Atteintes à l'intégrité résultant d'arthroses" révisée en

2011, qui, à l'instar des autres tables d'indemnisation de cette assurance, a été reconnue par le TF comme étant conforme à l'annexe 3 de l'OLAA, dans la mesure où elle contient des valeurs de référence qui doivent garantir l'égalité de traitement entre tous les assurés (ATF 124 V 29 c. 1c; TF 8C_137/2025 du 8 avril 2026 [destiné à publication] c. 5.3.2 et les références). Il expose cependant que plusieurs troubles neurologiques et orthopédiques, comme le SDRC, n'ont pas été pris en considération (p. 41 s. du recours). Or, contrairement à ce que l'assuré soutient, l'expertise du Dr D. _____ est probante, en particulier s'agissant des diagnostics en lien de causalité avec l'accident (voir c. 6). Celui-ci a notamment exposé qu'il n'existait aucune atteinte grave et durable au sens de l'art. 24 LAA. Conformément à l'art. 36 al. 4 OLAA, il a cependant tenu compte des aggravations prévisibles (TF 8C_151/2025 du 3 novembre 2025 c. 2.2). Il a à cet égard précisé que la solution de continuité du ligament croisé antérieur gauche et les lésions méniscales au genou gauche constituaient un facteur de risque statistique d'apparition d'une arthrose fémoro-tibiale gauche qui aura potentiellement comme conséquence l'implantation d'une prothèse fémoro-tibiale au genou gauche (dos. int. 1262 s.). Sur cette base, le Dr D. _____ a conclu à un droit à une IPAI de 15%, ce qui constitue le pourcentage maximum pour une arthrose fémoro-tibiale moyenne selon la table 5 de la Suva (de 5-15%). L'indemnité retenue par l'intimée n'est ainsi pas critiquable et doit dès lors également être confirmée.

8.

Il s'ensuit que le recours doit être partiellement admis et la décision sur opposition du 10 septembre 2024 annulée, à savoir dans la mesure où elle nie (implicitement) le droit à des indemnités journalières pour la période postérieure du 31 décembre 2021. A cet égard, la cause doit être renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants puis nouvelle décision. Au surplus, le recours doit être rejeté.

8.1 Il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure (art. 61 let. ^{fbis} LPJA a contrario; voir aussi FF 2018 1628).

8.2 S'agissant des dépens, ils doivent être adjugés compte tenu d'un gain de cause partiel qu'il y a lieu d'estimer à 1/10 (art. 61 let. g LPG; ATF 128 V 124 c. 5b, 127 V 205 c. 3a). En l'espèce, le recours n'est admis que très partiellement au regard de l'ensemble de l'objet du litige et sur un point qui n'a pas été contesté par le recourant (qui avait en particulier conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité ainsi qu'à une IPAI de 100%). En outre, la note d'honoraires produite totalise un montant de Fr. 6'244.50 (débours et TVA compris), qui s'avère excessif, au vu de la complexité objective et de l'importance de la procédure judiciaire, de même qu'en regard de la pratique du TA dans des cas semblables (voir art. 41 al. 4 de la loi cantonale du 28 mars 2006 sur les avocats et les avocates [LA, RSB 168.11] et art. 13 de l'ordonnance cantonale du 17 mai 2006 sur le tarif applicable au remboursement des dépens [ORD, RSB 168.811]; voir aussi JTA LPP/2024/339 du 21 avril 2026). Par conséquent, les dépens à mettre à la charge de l'intimée (par 1/10) sont fixés à un forfait (débours et TVA compris) de Fr. 400.-. Au surplus, le recourant ne peut pas prétendre au remboursement de ses dépens, pas plus que l'intimée (art. 104 al. 1 et art. 108 al. 3 LPJA).

8.3 Le recourant demande enfin que les frais de l'expertise du 7 juillet 2025 soient supportés par l'intimée. L'assureur doit en l'occurrence prendre en charge les frais d'une expertise commandée par la personne assurée, lorsque la situation médicale n'a pu être établie de façon concluante que sur la base de résultats d'examen nouvellement obtenus et qu'une violation de l'obligation d'instruction d'office peut ainsi être reprochée à l'assureur (TF 8C_200/2018 du 7 août 2018 c. 8, in SVR 2018 IV n° 77). En l'espèce, à défaut d'un état de fait médical insuffisamment établi et, partant, d'une violation de l'obligation d'instruction d'office par l'intimée, de même que dans la mesure où l'expertise privée du 7 juillet 2025 n'a donc pas été nécessaire pour établir la situation médicale de manière concluante (voir c. 6.5), les coûts de cette expertise ne peuvent être remboursés dans le cadre de l'indemnité de dépens.

Par ces motifs:

1. Le recours est admis partiellement et la décision sur opposition attaquée annulée, dans la mesure où elle refuse tout droit à des indemnités journalières au-delà du 31 décembre 2021. La cause est renvoyée à l'intimée sur ce point pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. Pour le surplus, le recours est rejeté.
2. Il n'est pas perçu de frais de procédure.
3. L'intimée versera au recourant la somme de Fr. 400.- (débours et TVA compris) à titre de remboursement de ses dépens pour la procédure judiciaire. Pour le surplus, il n'est pas alloué de dépens.
4. Le présent jugement est notifié (R):
 - au recourant, par son mandataire,
 - à l'intimée,
 - à l'Office fédéral de la santé publique.

Le président:

La greffière:

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).