

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/41/2024

ATAS/171/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 20 mars 2025

Chambre 3

En la cause

A_____

recourant

représenté par Me Jean-Michel DUC, avocat

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE**

intimé

**Siégeant : Karine STECK, présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, juges
assesseurs**

EN FAIT

- A.**
- a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1988, aide-soignant dans un établissement médico-social, a été atteint à la cheville gauche le 23 mai 2019, en tombant par une fenêtre d'une hauteur de quelques mètres.
 - b.** L'assureur-accidents a pris en charge le cas et versé des indemnités journalières à l'assuré.
- B.**
- a.** Selon une lettre de sortie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) du 17 juin 2019, l'assuré a séjourné du 24 mai au 8 juin 2019 au service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur en raison du traumatisme ayant causé une fracture du pilon tibial gauche avec déficit sensitif dans le territoire du nerf péronier profond et du nerf saphène et une fracture du pied droit. Deux opérations avaient été pratiquées sur la cheville gauche.
 - b.** Le 19 juillet 2019, une détection précoce a été engagée auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI).
 - c.** Le 9 janvier 2020, l'OAI a reçu une demande de prestations de l'assuré.
 - d.** Le 3 février 2020, le docteur B_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation aux HUG, a attesté que la chute avait causé une fracture complète du pilon tibial. Une ostéosynthèse avait été pratiquée le 3 juin 2019, compliquée d'un CRPS (*[complex regional pain syndrom]*), appelé aussi syndrome douloureux complexe [SDRC] ou algodystrophie). L'évolution était lentement favorable, mais il subsistait des limitations : pas de marche ou de station debout prolongée, pas de course, pas de montées ou descentes d'escaliers répétées et pas de port de charges lourdes. En raison de la douleur et de la raideur à la cheville, la capacité de l'assuré à exercer son activité habituelle d'aide-soignant était nulle. En revanche, il pouvait exercer à 100% une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles, sous réserve des douleurs.

Le Dr B_____ a émis plusieurs documents, dont :

- le compte-rendu de l'opération pratiquée le 24 mai 2019 aux urgences des HUG (réduction fermée, alignement et mise en place d'un fixateur externe tibio-calcaneen) ;
- le compte-rendu opératoire du 3 juin 2019 (réduction ouverte et fixation interne ostéosynthèse du pilon tibial par pose de trois plaques et greffe) ;
- un rapport de consultation daté du 29 octobre 2019 mentionnant que l'évolution postopératoire avait été marquée par d'importantes douleurs : à l'examen clinique du 26 août 2019, l'assuré présentait une douleur empêchant la charge complète sur le membre inférieur gauche, une importante raideur de la cheville avec un équin de 10°, une tuméfaction, une rougeur de la peau et une allodynie péri-cicatricielle ; les critères de Budapest étaient alors remplis,

conduisant à retenir un CRPS ; de la physiothérapie, une thérapie par imagerie motrice et une prise en charge en ergothérapie pour désensibilisation avaient été prescrites ; le 7 octobre 2019, l'évolution était lentement favorable, mais les douleurs persistantes empêchaient l'assuré d'effectuer plus de quelques pas sans cannes ; une légère amélioration de la mobilité de la cheville avait été notée, avec la persistance, toutefois, d'une allodynie péri-cicatricielle et de douleurs importantes de la partie latérale et de la plante du pied ; la reprise du travail d'aide-soignant ne semblait pas envisageable ;

- des notes datées du 27 novembre 2019 confirmant que les deux interventions avaient été compliquées d'un CRPS, que l'assuré allait mieux, qu'il avait moins de douleurs, qu'il pouvait désormais marcher avec une canne et ne prenait plus de médicament antalgique ; la cheville présentait une discoloration ; il n'y avait ni œdème, ni chaleur, ni trouble trophique ; en revanche, il existait une amyotrophie importante du soléaire et une douleur à la palpation péricicatricielle.

e. Dans un rapport de consultation du 26 mai 2020, le Dr B_____ a relaté que l'assuré notait une légère amélioration des douleurs : il pouvait marcher un peu plus longtemps – une trentaine de minutes –, mais cela entraînait ensuite une récurrence des douleurs. L'assuré décrivait aussi une tuméfaction et une rougeur occasionnelles du pied, mais pas de trouble trophique. À l'examen clinique, une discrète boiterie était constatée, due à une dorsiflexion limitée. Il n'y avait plus d'allodynie, mais une dyesthésie persistait autour de la cicatrice et sur la face dorsale des orteils. Il n'y avait pas d'œdème, pas de différence de température entre les pieds, pas de trouble trophique, mais une coloration brunâtre de la peau. La force de la cheville était globalement conservée. Il y avait une amyotrophie du triceps soléaire.

f. Dans une prise de position du 26 juin 2020, le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil de l'assureur-accidents, a indiqué que le CRPS prolongeait l'incapacité de travail jusqu'à une année de l'ostéosynthèse, soit jusqu'à fin mai 2020.

g. Une radiographie de la jambe et de la cheville du 3 septembre 2020 a montré une déminéralisation osseuse de la cheville et, lors de l'entretien du même jour avec un médecin des HUG, il a été discuté d'une ablation du matériel d'ostéosynthèse, vu les douleurs, associées à une inflammation locale. Il était relevé que le CRPS avait bien évolué.

h. Le 22 septembre 2020, l'assuré a fait appel en urgence à un médecin. Ce dernier a conclu à un syndrome douloureux chronique complexe de la cheville gauche. Depuis l'opération d'ostéosynthèse, l'assuré souffrait d'une algodystrophie avec parfois des crises hyperalgiques et inflammatoires, la dernière remontant à quinze jours. Le chirurgien traitant proposait une ablation partielle du matériel

d'ostéosynthèse. À l'examen clinique, une voussure au niveau du tiers inférieur de la crête tibiale gauche et une augmentation de la chaleur locale étaient constatées. Il n'y avait ni œdème du pied ou de la cheville, ni adénopathies inguinales et le mollet était souple, sans cordon induré. Une injection de médicaments, dont de la morphine, a été pratiquée.

i. Par communications des 18 septembre 2020 et 4 décembre 2020, l'OAI a accordé à l'assuré des mesures d'intervention précoce sous la forme d'un cours de formation de près de trois mois en vue d'obtenir un certificat de graphisme, suivi d'un autre cours de trois heures hebdomadaires durant neuf mois en vue d'obtenir un certificat d'illustration digitale. Il a ensuite fermé le mandat d'intervention précoce, indiquant avoir octroyé le maximum de ce qui pouvait l'être dans ce cadre.

j. Le 15 décembre 2020, l'OAI a communiqué à l'assuré que des mesures de réadaptation n'étaient pas indiquées.

k. Le 10 février 2020 [*recte* : 2021], en réponse à un courrier du même jour du médecin-conseil de l'assureur-accidents, le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur consulté par l'assuré, a indiqué que l'assuré continuait à souffrir de douleurs et d'une boiterie de la cheville gauche rendant la reprise de travail d'aide-soignant impossible. Dans un travail sédentaire, on pouvait théoriquement évaluer la capacité de travail à 100%.

l. Dans un rapport du 18 mars 2021 adressé à l'OAI, le Dr D_____ a fait savoir qu'il avait reçu l'assuré en consultation la première fois le 9 octobre 2020 et l'avait opéré le 17 décembre 2020, procédant notamment à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse. Le compte-rendu opératoire mentionnait les diagnostics suivants : douleurs invalidantes de la cheville gauche post-ostéosynthèse d'une fracture de pilon à gauche, lésion cartilagineuse instable du versant externe du dôme astragalien antéro-externe et du dôme astragalien antéro-interne, importantes adhésions fibro-cicatricielles, impingements tibio-astragalien antéro-externe, antérieur et antéro-interne, corps cartilagineux intra-articulaires libres et synovites étendues. Selon le médecin, l'assuré ne pouvait plus exercer son activité habituelle. Une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était par contre possible.

m. Sur mandat de l'assurance-accidents, le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a expertisé l'assuré le 19 mars 2021 et rendu son rapport le 24 juin 2021.

S'agissant de la cheville gauche, l'expert a noté une nette hyperesthésie au toucher de la cicatrice antéro-externe. Il n'y avait par contre ni hyperthermie régionale, ni œdème, ni hypersudation. La peau était discrètement hyper-pigmentée, en patchwork (dépôts d'hémosidérine). Une hypoesthésie était détectée au niveau de

l'espace inter-digital dorsal, correspondant à la branche profonde du nerf péronier, faisant conclure à une neuropathie déficitaire sensitive.

Les plaintes concernaient essentiellement les douleurs à l'effort et une raideur de la cheville, expliquées par une arthropathie dégénérative post-traumatique. L'ablation du matériel d'ostéosynthèse et la toilette arthroscopique pratiquées en décembre 2020 ne paraissaient pas avoir modifié le cursus de cette articulation. L'arthrose de la cheville, qui augmenterait très probablement, n'était pas compatible avec l'exercice d'un métier impliquant la position debout, le port de charges lourdes, l'utilisation d'une échelle ou la marche sur terrain instable. En revanche, l'exercice d'une activité en position assise, ou semi-assise, avec possibilité de quelques courts déplacements permettant de dérouiller régulièrement la cheville, était envisageable à 100%. La reconversion entamée était bienvenue et le métier de graphiste était conforme à l'état physique actuel et futur, en cas d'arthrodèse ou d'arthroplastie. La neuropathie déficitaire sensitive de la branche profonde du nerf péronier gauche était sans influence sur la capacité de travail.

Le 8 mai 2021, l'assuré avait été victime d'un nouveau traumatisme, avec chute sur le genou gauche, ayant occasionné, selon une imagerie par résonance magnétique (IRM) réalisée le 19 mai 2021, une fracture non déplacée de la tête de la fibula et une contusion osseuse, dont les effets délétères dureraient trois à quatre mois (trois mois pour la consolidation osseuse et un mois pour parfaire une éventuelle rééducation, pour autant qu'il n'y ait pas de complication, telle une raideur).

n. Par courrier du 2 septembre 2021, l'assurance-accidents a indiqué à l'assuré que son droit aux indemnités journalières avait pris fin le 31 mars 2021, vu la conclusion du Dr E_____ concernant sa capacité à accomplir un métier en position assise ou semi-assise à 100%. Afin de lui laisser le temps de s'adapter au changement d'orientation professionnelle, la fin du droit était différée au 30 juin 2021. Cela étant, un nouvel accident ayant été annoncé pendant la couverture d'assurance, le droit aux indemnités journalières était finalement prolongé jusqu'au 30 septembre 2021.

o. Le 4 septembre 2021, le Dr D_____ a mentionné que les douleurs du genou gauche avaient nettement diminué ; la flexion-extension était la même des deux côtés. Une rééducation en physiothérapie et des antalgiques étaient néanmoins encore prescrits. L'incapacité de travail était uniquement motivée par les lésions de la cheville gauche.

p. Le 4 mai 2022, le service médical régional (ci-après : SMR) de l'OAI s'est rallié aux avis des médecins et de l'expert et a conclu à une capacité de travail de 0% dans l'activité habituelle, mais de 100% dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles retenues par l'expert. Concernant le début de la capacité à la réadaptation, il retenait la date du rapport du Dr D_____ à

l'assurance-accidents, soit le 10 février 2020. Le Dr B_____ estimait par ailleurs déjà, dans son rapport du 24 février 2020 [recte : 3 février 2020], que la capacité de travail était complète. Il était possible que des incapacités de travail aient été justifiées dans une activité adaptée lors de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, puis lors de la fracture du 8 mai 2021.

q. Le 9 mai 2022, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il envisageait de lui nier le droit à toute prestation. L'instruction médicale avait conclu à une incapacité totale de travail dans la profession habituelle dès le 24 mai 2019 et à une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée dès le 10 février 2020. La comparaison des revenus aboutissait à une perte de gain de 0%, insuffisante pour ouvrir droit à une rente. Par ailleurs, les mesures déjà octroyées permettaient à l'assuré de se requalifier dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

r. Le 16 mai 2022, l'assuré a contesté ce projet auquel il reprochait de ne pas tenir compte du syndrome douloureux régional complexe, le médecin ayant procédé à l'expertise n'ayant « jamais entendu parler de ce syndrome ». Or, cette problématique entraînait des douleurs omniprésentes qui ne lui permettaient pas encore de retourner sur le marché du travail, ni de reprendre son activité d'aide-soignant.

À l'appui de sa position, l'assuré a produit un rapport du Dr D_____ du 17 mai 2022 faisant état d'une évolution particulièrement difficile après l'ostéosynthèse, avec persistance de douleurs chroniques en raison de lésions cartilagineuses. Avaient été constatées objectivement une limitation de la mobilité de la cheville et des douleurs en tibio-astragalien en antéro-interne et externe. Ces lésions arthrogènes nécessitaient un reclassement professionnel dans un travail sédentaire léger et le travail d'aide-soignant ne pouvait être poursuivi.

L'assuré s'est également référé à un courrier rédigé le 15 mars 2022 par le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, demandant un avis spécialisé au docteur G_____, spécialiste FMH en anesthésiologie. Dans un rapport établi le 22 mars 2022, après consultation du même jour, le Dr G_____ avait retenu les diagnostics de CRPS de type 1 et de douleur chronique post-traumatique. Selon l'anamnèse rapportée dans ce document, les suites de l'ostéosynthèse avaient été difficiles. Pendant deux ans, l'assuré avait eu des douleurs quasi permanentes, nettement augmentées par l'activité, sous forme de brûlures et paresthésies au niveau de la cheville, surtout antérieurement. Il persistait un œdème de la cheville avec une allodynie qui s'améliorait. La cheville gauche avait conservé une discoloration, une asymétrie de pouls des phanères et était toujours légèrement plus chaude que la droite (+0.5°). Un traitement de rééducation sensitive avait été pratiqué avec un progrès lent mais certain. L'ablation du matériel d'ostéosynthèse pratiquée en décembre 2020 n'avait pas diminué la douleur, mais avait permis une claire amélioration de la flexion-extension de la cheville. La marche restait un facteur

aggravant, avec un côté mécanique à la douleur et une cheville ressentie plus chaude le lendemain. Le Dr G_____ relevait deux problématiques : premièrement, un CRPS de type 1, encore actif et correspondant aux critères de Budapest, en claire amélioration grâce à un traitement de rééducation sensorielle effectué à bon escient (en précisant qu'il était important de tenter de diminuer encore les symptômes douloureux associés à cette pathologie) ; deuxièmement, une arthrose débutante de la cheville, qui aggravait le ressenti douloureux par un effet mécanique.

Enfin, l'assuré invoquait un certificat établi le 19 mai 2022 par le docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, retenant lui aussi une double symptomatologie (CRPS et arthrose post-traumatique), estimant que, d'un point de vue orthopédique, la seule solution pour améliorer la situation consistait en une arthrodèse de la cheville. S'agissant du CRPS, le médecin se ralliait à l'appréciation du Dr G_____.

s. Le 5 septembre 2022, le SMR a sollicité des renseignements complémentaires des Drs H_____, F_____ et G_____, afin de tenir compte de l'ensemble des pathologies de l'assuré.

t. Le 22 septembre 2022, le Dr H_____ a indiqué que les douleurs de l'assuré étaient présentes quotidiennement, qu'il ne l'avait vu qu'à une seule occasion et qu'il n'avait pas lui-même délivré d'arrêt de travail. Les douleurs incapacitantes ne permettaient pas à l'assuré d'exercer son activité professionnelle. Le médecin ne se prononçait pas sur les questions relatives à la capacité à exercer une activité adaptée.

u. Le 9 janvier 2023, le docteur I_____, médecin traitant de l'assuré depuis mai 2022, a indiqué à titre d'antécédents une douleur chronique post-traumatique et un CRPS de type 1 ; le pronostic était défavorable et seul le traitement mis en place par le Dr G_____ le soulageait. Les limitations fonctionnelles concernaient la marche, la douleur devenant insupportable certains jours. Un travail en position assise était possible à 50%. Les douleurs à la cheville et à la jambe gauches, ainsi que le syndrome de Sudeck étaient des facteurs faisant obstacle à la réadaptation.

v. Le 1^{er} février 2023, le Dr F_____ a indiqué n'avoir vu l'assuré qu'une seule fois et ne pouvoir répondre aux questions du SMR.

w. Lors d'un entretien téléphonique du 22 mai 2023, l'assuré a expliqué ne plus être suivi par le Dr G_____. Une arthrodèse n'avait pas encore été réalisée, les médecins lui ayant dit qu'il n'était pour le moment pas possible d'opérer en raison de la maladie de Sudeck.

x. À la demande du SMR – qui estimait nécessaire de déterminer si la situation de l'assuré s'était aggravée depuis l'examen du Dr E_____ et si le CRPS était encore actif et engendrait des limitations fonctionnelles –, une expertise orthopédique a été demandée au docteur J_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et

traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a rendu son rapport le 6 novembre 2023.

L'expert a rappelé que l'assuré avait développé un CRPS et une arthrose tibio-astragalienne à la suite de la fracture du pilon tibial gauche. L'assuré décrivait des douleurs à la cheville gauche, augmentant en cas d'activité physique, et une sensation de brûlure. La cheville gauche était, selon ses dires, parfois tuméfiée et parfois d'une coloration différente de la droite. Sur le plan psychologique, l'assuré avait été suivi dans un cabinet psychiatrique durant près d'une année. En raison de l'absence de son thérapeute, il n'était plus suivi depuis l'été 2023.

Au status ostéo-musculaire, l'expert ne relevait pas de particularités au niveau des genoux et notait l'absence de tuméfaction des chevilles ou de différence de température entre elles. Les articulations tibio-astragaliennes étaient stables, mais la mobilité de l'articulation gauche était limitée de deux tiers.

L'expert retenait deux diagnostics invalidants : premièrement, des douleurs persistantes de la cheville gauche en raison de l'arthrose évoluée tibio-astragalienne à gauche, post-traumatique, du status après fracture fermée du pilon tibial gauche de type C traitée par réduction à ciel fermé et mise en place d'un fixateur externe puis par ostéosynthèse par plaque vissée et du status après CRPS type 2 cheville gauche ; deuxièmement, un status après ablation du matériel d'ostéosynthèse et toilette articulaire de la cheville gauche.

Un possible état dépressif était mentionné, sans répercussion sur la capacité de travail.

Le Dr J_____ indiquait n'avoir pas trouvé de signe de non-organicité. L'intensité des douleurs et leurs répercussions sociales, professionnelles et personnelles étaient en relation avec la personnalité du patient. Depuis le 23 mai 2019, l'assuré ne pouvait plus exercer son métier d'aide-soignant. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, à savoir proscrivant toute marche en terrain irrégulier, montées ou descentes répétées de pentes ou d'escaliers et la position debout statique prolongée, l'expert, citant les autres rapports médicaux au dossier (des Drs B_____ et D_____ de février 2020, du SMR et du Dr E_____), estimait que l'assuré pouvait travailler à 100% sans diminution de rendement.

Étaient joints au rapport du Dr J_____ une attestation de prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique de l'assuré depuis le 29 juin 2022, signée le 14 septembre 2022 par la docteure K_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et par L_____, psychologue-psychothérapeute, une nouvelle radiographie de la cheville gauche du 31 octobre 2023 faisant état d'une arthrose talo-crurale avec épanchement articulaire significatif, ainsi qu'une lettre du Dr I_____ du 10 octobre 2023 à l'attention de l'expert demandant un avis spécialisé concernant le problème de la cheville gauche chronique depuis quatre ans avec arthrose progressive, *local pain syndrom* et syndrome dépressif, épisode moyen,

suivi par un psychologue. L'assuré avait besoin de mesures de réintégration et sa capacité de travail était à son avis de 50% en position assise.

y. Le 14 novembre 2023, le SMR s'est rallié aux diagnostics retenus par le Dr J _____. Il a retenu que le CRPS était guéri et que l'assuré pouvait travailler à 100% sans diminution de rendement depuis février 2020 dans une activité adaptée (sédentaire ou semi-sédentaire, avec de courts déplacements à plat, sans marche en terrain irrégulier, ni montées ou descentes à répétition de pentes ou d'escaliers, ni position statique debout prolongée, ni port de charges de plus de 10 kg, avec conduite d'un véhicule de préférence automatique sur de courtes ou moyennes distances).

z. Par décision du 20 novembre 2023, l'OAI a nié à l'assuré tout droit à une rente ou à des mesures d'ordre professionnel.

- C. a. Le 5 janvier 2024, l'assuré a interjeté recours contre cette décision auprès de la Cour de céans en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement, à être mis au bénéfice d'un placement à l'essai, son droit à une rente d'invalidité devant être examiné à l'issue dudit placement, subsidiairement, à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle instruction et nouvelle décision.

Le recourant reproche à l'expertise du Dr J _____ de ne pas préciser l'évolution dans le temps de la capacité de travail et de ne pas mentionner les limitations fonctionnelles et les contours d'une activité adaptée. Ainsi, les limitations quant au port de charges ne sont pas mentionnées, contrairement à ce qui était le cas dans l'expertise du Dr E _____. De plus, l'expert n'a pas jugé utile de compléter l'expertise orthopédique par un volet psychiatrique, alors qu'il a pourtant indiqué que l'intensité des douleurs et leurs répercussions sociales, professionnelles et personnelles étaient en relation avec sa personnalité. Le recourant s'étonne qu'il n'ait été procédé à aucune instruction sur ce plan et qu'aucun rapport n'ait été demandé au psychiatre traitant.

Il relève que l'intimé a retenu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 10 février 2020, alors qu'il a à nouveau été opéré en décembre 2020 et que le Dr E _____ a admis que cette intervention a entraîné une nouvelle incapacité de travail.

Il reproche à l'intimé de ne pas avoir tenu compte de son déconditionnement durant plus de quatre ans et de son éloignement du marché de l'emploi pendant une longue période.

Enfin, il soutient que l'intimé n'a pas mis en œuvre des mesures d'ordre professionnel suffisantes afin qu'il puisse se réinsérer sur le marché de l'emploi. Contrairement à ce que prétend l'intimé, il n'y a eu aucune évaluation par son service spécialisé concernant ses possibilités. La formation de graphiste – dont il a bénéficié dans le contexte perturbé de la pandémie de Covid-19 – est insuffisante.

Il demande un placement à l'essai à l'issue duquel sa capacité de travail devrait être évaluée.

b. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 30 janvier 2024, a conclu au rejet du recours.

Il estime que la situation a été suffisamment instruite sur le plan médical. Selon lui, le recourant a recouvré une pleine capacité de travail dans un poste adapté à ses limitations fonctionnelles, sans diminution de rendement. Le marché équilibré du travail offre un nombre significatif d'activités simples et légères, accessibles sans formation particulière, d'autant que le recourant a bénéficié d'une mesure d'intervention précoce sous la forme d'un cours de formation. L'invalidité du recourant étant de 0%, le droit à des mesures d'ordre professionnel n'est pas ouvert.

c. Le 6 février 2024, le recourant a persisté dans ses conclusions.

d. L'intimé a fait de même le 13 février 2024.

e. Le 12 juin 2024, le recourant a produit un certificat du Dr I_____ du 7 mai 2024 attestant que son état de santé est incompatible avec le poste d'aide-soignant et suggérant une réintégration professionnelle.

f. Le 22 août 2024, la Cour de céans a procédé à l'audition des parties.

Le recourant a expliqué avoir été suivi depuis juillet 2023, à raison d'une consultation par semaine, par L_____, psychologue, dont il a eu le nom par le biais de la Main tendue. Ce thérapeute étant lui-même en arrêt de travail depuis environ quatre mois, il n'a rédigé ni rapport, ni certificat, mais il a retenu le diagnostic de dépression, sans autre précision. Le lien thérapeutique ayant été bien établi avec lui, le recourant souhaitait attendre son retour pour poursuivre la thérapie. Il n'était pas sous traitement médicamenteux et n'avait pas pris l'antidépresseur prescrit par le Dr I_____, car il ne souhaitait pas multiplier les traitements (auparavant, il prenait du Tramal et, désormais, du Tramadol) et redoutait les effets secondaires.

L'intimé a soutenu que des investigations sur le plan psychiatrique ne se justifiaient pas, vu l'absence de suivi par un spécialiste en psychiatrie. S'agissant du CRPS, il a persisté dans ses conclusions. Il a souligné que le revenu avec invalidité avait été déterminé en retenant le niveau de compétence 1 des statistiques, tous domaines confondus.

g. Le 5 septembre 2024, le recourant a produit une attestation de L_____ datée du 27 août 2024, par laquelle ce dernier confirme un suivi, du 30 juin 2022 au 8 juin 2023 et conclut à un état anxio-dépressif important en lien avec la situation psychosociale et les douleurs chroniques, dont il souligne qu'elles ont eu des conséquences significatives sur l'état de santé psychique de l'assuré.

h. Les autres faits seront repris – en tant que de besoin – dans la partie « en droit » du présent arrêt.

EN DROIT

1.

1.1 Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 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-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

1.2 Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pendant la période du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et art. 89C let. c de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]), le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur la question de l'évaluation de son invalidité.

3.

3.1 Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il

n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

En vertu de l'art. 29 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA (al. 1). La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (al. 3).

3.2 Le syndrome douloureux régional complexe (ou *complex regional pain syndrome* [CRPS]), anciennement nommé algodystrophie ou maladie de Sudeck, a été retenu en 1994 par un groupe de travail de l'International Association for the Study of Pain (IASP). Il constitue une entité associant la douleur à un ensemble de symptômes et de signes non spécifiques qui, une fois assemblés, fondent un diagnostic précis.

L'IASP a aussi réalisé un consensus diagnostique aussi complet que possible avec la validation, en 2010, des critères dits de Budapest, à savoir :

- 1) douleur qui persiste et apparaît disproportionnée avec l'événement initial ;
- 2) au moins un symptôme dans trois (critères cliniques) ou quatre (critères recherche) des quatre catégories suivantes :
 - a) sensoriel : le patient décrit une douleur qui évoque une hyperpathie et/ou une allodynie ;
 - b) vasomoteur : le patient décrit une asymétrie de température et/ou un changement de couleur et/ou une asymétrie de couleur ;
 - c) sudomoteur/œdème : le patient décrit un œdème et/ou une asymétrie de sudation ;
 - d) moteur/trophique : le patient décrit une raideur et/ou une dysfonction motrice (faiblesse, tremor, dystonie) et/ou un changement trophique (pilosité, ongles, peau) ;
- 3) au moins un signe dans deux des catégories suivantes (critères cliniques et recherche) :
 - a) sensoriel : confirmation d'une hyperpathie et/ou allodynie

- b) vasomoteur : confirmation d'une asymétrie de température et/ou changement de couleur et/ou asymétrie de couleur
 - c) sudomoteur/œdème : confirmation d'un œdème et/ou asymétrie de sudation
 - d) moteur/trophique : confirmation d'une raideur et/ou dysfonction motrice (faiblesse, trémor, dystonie) et/ou changement trophique (pilosité, ongles, peau) ;
- 4) absence d'autre diagnostic qui explique de manière plus convaincante les symptômes et les signes cliniques.

Les critères ci-dessus sont exclusivement cliniques et ne laissent que peu de place aux examens radiologiques (arrêts du Tribunal fédéral 8C_416/2019 du 15 juillet 2020 consid. 5.1, 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 6.2 et 8C_331/2024 du 29 novembre 2024 consid. 4.3.1 et les références).

L'étiologie et la pathogenèse de cette atteinte ne sont pas claires. En tant que maladie de nature neurologique-orthopédique-traumatologique, elle est toutefois qualifiée d'atteinte organique, soit une atteinte de la santé corporelle (arrêts du Tribunal fédéral 8C_234/2023 du 12 décembre 2023 consid. 3.2 et 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 6.4 et les références).

Non seulement lorsqu'il s'agit de poser le diagnostic de CRPS, mais aussi lorsqu'il s'agit de l'écarter, le médecin ou l'expert médical doit le faire après avoir analysé les critères de Budapest (David IONTA, Le syndrome douloureux régional complexe (SDRC) et causalité en LAA, *in* Jusletter du 18 octobre 2021, p. 10, n. 36 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_480/2019 du 28 janvier 2020 consid. 4.3, 8C_231/2019 du 12 juillet 2019 consid. 3.2.1 et 8C_53072019 du 20 novembre 2019 consid. 6.2.2).

3.3 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

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. À 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 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

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 ; 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).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, *in* SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

3.4 Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, 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 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).

4. En l'espèce, l'intimé a nié au recourant le droit à une rente, au motif que, selon les conclusions de l'expertise du Dr J_____, il a recouvré une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès février 2020.

Il s'agit de vérifier le bien-fondé de cette appréciation.

4.1 Concernant en premier lieu la date de début de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, il sied de constater que le SMR, dès son premier avis du 4 mai 2022, s'est référé aux rapports du Dr D_____ du 10 février 2020 et du Dr B_____ du même mois, pour l'arrêter au mois de février 2020.

Le premier orthopédiste traitant affirmait en effet que, dans un travail sédentaire, on pouvait théoriquement considérer que la capacité de travail du recourant était de 100%, tandis que le second attestait d'une capacité de travail entière, sous réserve des douleurs. Par ailleurs, le Dr E_____, en réponse à la question de savoir si l'exercice d'une activité lucrative serait prochainement possible, avait exposé, dans son expertise du 24 juin 2021, qu'une capacité de travail entière dans un métier exercé en position assise devait être admise – sans se prononcer toutefois sur la capacité de travail de l'assuré pour la période antérieure à son rapport. Le Dr J_____, lui non plus, n'a pas indiqué comment avait évolué la capacité de travail de l'assuré dans le temps, alors même que la question lui avait été expressément posée ; il s'est contenté de rappeler les estimations du Dr D_____ et du médecin du SMR, sans se déterminer personnellement.

Contrairement à ce que retiennent le SMR et le Dr J_____, le Dr D_____ n'a pas rendu son rapport en février 2020, mais en février 2021, en réponse à un courrier du médecin-conseil de l'assurance-accidents du même mois. Le SMR et l'expert auraient ainsi aisément dû se rendre compte que le rapport contenait une erreur de plume quant à sa date, d'autant plus qu'il apparaîtrait, à la lecture du dossier, que le Dr D_____ n'a suivi le recourant qu'à compter d'octobre 2020.

Le rapport du Dr B_____ adressé en février 2020 à l'intimé ne saurait constituer une base fiable attestant de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée dès le mois en cause. Ce médecin a certes mentionné une capacité de travail de 100% dans une telle activité, mais a expressément précisé « sous réserve des douleurs ». Or, dans son rapport du 26 mai 2020, il faisait état de douleurs ressenties par le recourant après avoir marché et d'une mobilité de la cheville amoindrie. Le médecin-conseil de l'assurance-accidents a d'ailleurs admis que le CRPS prolongeait l'incapacité totale de travail jusqu'à fin mai 2020. Par la suite, l'assuré a d'ailleurs dû faire appel en urgence à un médecin qui lui a injecté de la morphine. Les notes de suite des HUG du 3 septembre 2020 indiquent également que le recourant souffrait de douleurs possiblement d'origine mécanique au niveau proximal de la plaque, avec une inflammation locale, conduisant à préconiser une ablation partielle du matériel d'ostéosynthèse, opération finalement pratiquée par le Dr D_____ le 17 décembre 2020. Plus globalement, le Dr J_____ a indiqué que les douleurs à la cheville gauche avaient persisté, malgré tous les traitements mis en place, jusqu'au moment de l'expertise.

Au vu de ce qui précède, on ne saurait tenir pour clairement établi le fait que l'assuré aurait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès février 2020.

4.2 Dans sa prise de position du 4 mai 2022, le SMR admet d'ailleurs des incapacités de travail justifiées après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, le 17 décembre 2020, puis par la fracture du péroné gauche, le 8 mai 2021, sans toutefois en préciser la durée et sans avoir interrogé les médecins traitants à cet égard.

L'expertise du Dr J_____ ne contient pas d'indications sur ce point non plus.

Le Dr E_____ indique que les effets délétères d'une fracture non déplacée de la tête du péroné durent trois à quatre mois, pour autant qu'il n'y ait pas d'autres complications.

Quant au Dr D_____, il mentionne, dans un rapport du 4 septembre 2021 à l'intention de l'assurance-accidents, que malgré une nette diminution des douleurs au genou gauche et une flexion-extension identique des deux côtés, une rééducation en physiothérapie et des antalgiques étaient toujours prescrits. Les certificats d'incapacité de travail qu'il a délivrés sont par ailleurs exclusivement motivés par les lésions de la cheville gauche.

Au vu de ces différents éléments, un doute subsiste quant à la question de savoir si l'évènement du 8 mai 2021 – qui a conduit l'assurance-accidents à repousser la date de fin de ses prestations – a entraîné une incapacité de travail, respectivement, si tel est le cas, jusqu'à quand. Il en va de même de l'opération du 17 décembre 2020, dont on ignore si elle a en définitive causé une incapacité de travail.

Or, en matière d'assurance-invalidité, la demande de prestations préserve tous les droits de la personne assurée, y compris ceux qui reposent sur des faits intervenus postérieurement au dépôt de la demande, de sorte qu'en présence de plusieurs atteintes à la santé, le délai d'attente n'est pas pris en compte séparément pour chaque affection (arrêt du Tribunal fédéral 9C_800/2015 du 25 février 2016 consid. 3.2 ; Office fédéral des assurances sociales, Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI], valable dès le 1^{er} janvier 2022, état au 1^{er} janvier 2025, n. 2208). Une incapacité de travail post-opératoire et l'état pathologique du genou dès mai 2021 pourraient donc avoir des conséquences sur le droit du recourant à des prestations. Il est nécessaire que les éventuelles incapacités de travail et leur date de fin soient précisément décrites, ce qui n'est pas le cas en l'état.

4.3 Au surplus, la Cour de céans estime que la problématique du CRPS n'a pas été suffisamment instruite.

Cette affection est mentionnée pour la première fois lors de l'examen du 26 août 2019 ; les critères de Budapest étaient alors remplis, selon ce qui est indiqué dans le rapport de consultation du 29 octobre 2019. Les différents médecins ayant examiné le recourant s'accordent à dire que l'évolution de la cheville a été marquée par un CRPS. Il n'y a cependant aucune analyse claire de l'évolution dans le temps de cette affection et de son influence possible en termes

de capacité de travail dans une activité adaptée. Alors que les différentes prises de position du Dr B_____ pouvaient laisser croire à une amélioration de ce trouble dès l'automne 2019 et que le Dr E_____ ne retient pas ce diagnostic, le Dr G_____ l'a à nouveau admis, lors de sa consultation du 22 mars 2022, évoquant certaines de ses caractéristiques (œdème, allodynie, discoloration, différence de température), tout en mentionnant que ce syndrome, bien qu'encore actif et correspondant aux critères de Budapest, était en claire amélioration depuis son apparition, grâce à un traitement de rééducation sensorielle effectué à bon escient. Les autres médecins consultés durant le printemps 2022 ont également évoqué cette pathologie (Dr F_____) ou se sont ralliés à l'appréciation du Dr G_____ (Dr H_____). Le SMR a requis une expertise orthopédique, précisément en vue de déterminer si la situation du recourant s'était aggravée depuis l'examen du Dr E_____, si le CRPS était encore actif et s'il entraînait des limitations fonctionnelles.

Sur ces points, l'expertise du Dr J_____ est peu informative. S'agissant du status ostéo-musculaire, il est noté que les chevilles ne sont pas tuméfiées et qu'il n'y a pas de différence de température entre elles. Ces constatations ne sont pas mises en perspective avec les plaintes de l'assuré, qui décrit des douleurs presque continues, augmentant avec l'activité physique, des sensations de brûlure, parfois une tuméfaction et une coloration de la cheville gauche différente de la droite. L'expert n'indique par ailleurs pas quelle était la sensibilité de la cheville gauche lors de son examen clinique. Plus globalement, s'il semble retenir que le CRPS n'est plus présent – un status « après CRPS » étant retenu à titre de diagnostic – il n'exclut néanmoins pas cette affection en considération des divers critères de Budapest. D'après la jurisprudence et la doctrine, il est pourtant nécessaire de se référer précisément aux critères de Budapest pour diagnostiquer ou exclure un CRPS, ce qui n'a pas été fait de manière approfondie dans le rapport d'expertise.

À ceci s'ajoute que le Dr J_____ parle d'un CRPS de type 2, alors que les autres praticiens évoquent un CRPS de type 1. Bien que la différence entre les deux diagnostics ne soit pas nécessairement déterminante en termes d'appréciation de la capacité de travail – la question pertinente étant bien plutôt celle des répercussions fonctionnelles du trouble (arrêt du Tribunal fédéral 8C_277/2020 du 17 août 2020 consid. 4.3) –, il existe néanmoins une différence entre ces deux affections, la première n'étant associée à aucune lésion nerveuse spécifique, au contraire de la seconde. À défaut de toute explication du Dr J_____, l'on ignore si son diagnostic différentiel a été volontairement établi en raison d'une atteinte nerveuse particulière (mais il est permis d'en douter puisque le status neurologique rapporté par ses soins ne fait état d'aucune particularité). Cela étant, le Dr E_____ mentionne pour sa part, sans influence sur la capacité de travail, le diagnostic de neuropathie déficitaire sensitive de la branche profonde du nerf péronier gauche, qui pourrait laisser envisager un diagnostic de CRPS de type 2.

S'agissant enfin des répercussions fonctionnelles du CRPS, il sied de constater que le Dr J_____ classe le status après CRPS de type 2 dans les diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail du recourant, en raison des douleurs persistantes à la cheville gauche. Sans explication motivée, cette appréciation est cependant difficile à comprendre. En effet, au contraire du status post fracture et post ostéosynthèse, qui est aussi considéré comme la source de douleurs à la cheville gauche et incapacitant, mais qui fait référence à deux interventions opératoires clairement déterminées dans le temps, il ne peut *a priori* être considéré qu'une maladie est guérie (ce qu'implique un status post CRPS), alors qu'elle engendre toujours des douleurs incapacitantes. Si l'affection n'est plus présente, on s'attend en effet à ce qu'elle ne soit plus la cause de douleurs et d'incapacités de travail. Quoi qu'il en soit, le Dr J_____ ne s'est pas prononcé sur l'évolution de la capacité de travail de l'assuré dans le temps au regard du CRPS et aucun autre élément du dossier ne permet de se déterminer de manière fiable sur cette question.

4.4 Les éléments susmentionnés conduisent la Cour de céans à retenir que, sur le plan orthopédique, l'expertise du Dr J_____ n'est pas probante, tout comme la position du SMR retenant une pleine capacité de travail du recourant dans une activité adaptée dès février 2020.

4.5 Enfin, sur le plan psychiatrique, l'expertise diligentée par l'intimé fait état d'un possible état dépressif, sans répercussion sur la capacité de travail. Le Dr J_____ mentionne cependant que l'intensité des douleurs et leurs répercussions sociales, professionnelles et personnelles sont en relation avec la personnalité du recourant.

S'il est certes vrai que des traits de la personnalité ne sont pas nécessairement incapacitants, il peut aussi s'agir, en fonction de leur intensité, de pathologies psychiatriques à part, reconnues par la CIM-10 (F60-F69). Dans le cas d'espèce, le recourant a bénéficié, à teneur de l'attestation de L_____ du 27 août 2024, d'un suivi psychothérapeutique de près d'une année, de juin 2022 à juin 2023, en raison d'un état anxio-dépressif important. Bien que cette attestation n'émane pas d'un psychiatre, n'établisse pas *lege artis* un diagnostic psychiatrique et ne permette pas en elle-même de retenir un trouble incapacitant de la sphère psychiatrique, elle fait néanmoins suspecter la présence d'une telle atteinte, ou à tout le moins, d'une composante psychique aux douleurs du recourant. Le lien entre douleurs de la cheville et éléments psychiques était d'ailleurs déjà souligné par le Dr J_____. Le recourant a également présenté un certificat contresigné par une psychiatre mentionnant une prise en charge psychiatrique-psychothérapeutique régulière depuis juin 2022 (attestation de la Dre K_____). En dépit de ces éléments, l'intimé n'a pas investigué cette question.

Les éléments au dossier laissant suspecter une composante psychiatrique aux troubles du recourant, il est indispensable de clarifier la situation médicale sous cet angle.

4.6 Compte tenu des considérations qui précèdent et des imprécisions qui subsistent sur le plan médical, la Cour de céans estime nécessaire de compléter l'instruction médicale. Dès lors, la cause est renvoyée à l'intimé à charge pour ce dernier de mettre en œuvre une expertise bidisciplinaire, comportant un volet orthopédique et un volet psychiatrique, avant de statuer à nouveau sur le droit aux prestations.

Les experts devront en particulier déterminer de manière consensuelle la capacité du recourant à exercer une activité adaptée et l'évolution de cette capacité dans le temps, en étant attentifs à la problématique du CRPS et en tenant compte de l'opération du 17 décembre 2020, ainsi que de l'évènement du 8 mai 2021.

- 5.** Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis, la décision du 20 novembre 2023 annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 3'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

**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 du 20 novembre 2023 et renvoie la cause à l'intimé au sens des considérants.
4. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de CHF 3'500.- à titre de dépens.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. 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

Diana ZIERI

Karine STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le