

GE_GERICHTE A/41/2024 vom 20. März 2025

GE Cour de justice, 2025-03-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_41_2024

FR: GE_GERICHTE A/41/2024 du 20 mars 2025

IT: GE_GERICHTE A/41/2024 del 20 marzo 2025

Erwägungen

E. 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.

E. 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).

E. 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.

E. 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).

E. 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, trémor, 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).

E. 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).

E. 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).

E. 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.

E. 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 apparaît, 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.

E. 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.

E. 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 continuelles, 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.

E. 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.

E. 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 un 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.

E. 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.

E. 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 :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.