RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1651/2020 **ATAS/917/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 1er septembre 2021

4ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, à ARZIER, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Stéphane RIAND — recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE — intimé

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Dana DORDEA et Christine LUZZATTO, Juges assesseures

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né le _____ 1964, a été affilié auprès de la caisse genevoise de compensation comme commerçant itinérant depuis le 1er septembre 2015 en qualité d'assuré de condition indépendante.

2. Le 6 octobre 2015, il a déclaré à son assureur-accidents, Allianz Suisse (ci-après Allianz), avoir glissé et être tombé dans les escaliers d'un centre commercial, le 17 septembre 2015.

3. Dans un rapport du 28 octobre 2015, le docteur B_____, spécialiste FMH en médecine générale, a indiqué avoir donné les premiers soins à l'assuré, le 17 septembre 2015, lequel avait été en incapacité de travail à 100% du 18 septembre au 12 octobre 2015.

4. Dans un rapport du 28 octobre 2015, le docteur C_____, chef de clinique du centre de chirurgie & thérapie de la main, a indiqué avoir soigné l'assuré le 2 octobre 2015, à la suite de sa chute du 17 septembre 2015, qui avait entraîné une atteinte à son poignet droit avec une persistance des douleurs.

5. Le 8 février 2016, le Dr C_____ a indiqué avoir mis tout en œuvre pour retrouver un *statu quo ante* avec une bonne collaboration du patient, qui avait bénéficié d'AINS, d'une infiltration, de corticoïdes per os et d'une ergothérapie intensive, mais celui-ci avait encore d'importantes douleurs au repos et lors des activités, malgré le port d'une attelle et sous AINS. Il était prêt à reprendre une activité à 50% sous la protection d'une attelle.

6. Le 15 mars 2016, l'assuré a demandé des prestations de l'assurance-invalidité à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI ou l'intimé), faisant valoir qu'il était totalement incapable de travailler depuis son accident du 17 septembre 2015.

7. Le 16 mars 2016, le Dr C_____ a proposé d'effectuer une arthrodèse partielle intra-carpienne, de préférence luno-capitale, associée à une triquetrectomie en raison du conflit ulno-carpien. Avant de faire ce geste, une arthroscopie serait effectuée afin de confirmer les différentes lésions ligamentaires et cartilagineuses et renseigner le patient sur le pronostic attendu de l'opération de l'arthrodèse partielle.

8. Le Dr C_____ a indiqué dans un rapport du 1er avril 2016 adressé à Allianz qu'il avait été d'accord avec un essai de reprise thérapeutique en février 2016 et qu'il n'avait pas donné d'autre alternative au patient. Cependant, lorsqu'il l'avait revu en mars 2016, il s'était avéré que celui-ci n'avait pas travaillé, car il ne pouvait pas effectuer ses tâches en raison d'un manque de force et de douleurs. Le Dr C_____ reconsidérait son appréciation et allait dans le sens du courrier du Dr D_____, du 2 février 2016. En effet, il demandait une reprise à 50%, et si celle-ci n'était pas possible, une prise en charge supplémentaire. Du point de vue purement médical, il s'agissait d'un cas compliqué et c'était la raison pour laquelle il avait revu l'assuré à sa consultation de « cas choisis ». Il lui avait proposé de faire dans l'immédiat une

arthroscopie diagnostique, prévue le 18 avril 2016, pour faire la lumière sur les différentes lésions anatomiques du poignet.

9. Le Dr C_____ a indiqué dans un rapport du 13 avril 2016 adressé à l'OAI que l'assuré avait subi une entorse grave au poignet gauche décompensant une instabilité du poignet. Une activité adaptée au handicap était possible dès mai 2016. Pour l'instant une arthroscopie était proposée pour préciser les lésions avant un geste chirurgical plus élaboré (arthrodèse). La capacité de travail était de 0% dans la maroquinerie en raison de l'impossibilité de déménager des stands.

10. Le Dr C_____ a indiqué, dans un rapport du 18 mai 2016, avoir revu l'assuré à sa consultation de « cas choisis » le 9 mai 2016. L'arthroscopie du 18 avril 2016 avait montré une chondropathie de stade II à III du versant médio-carpien de l'os semi-lunaire uniquement. Le 9 mai 2016, l'assuré décrivait des douleurs importantes, invalidantes, ainsi qu'une impossibilité de mobiliser son poignet. Il expliquait également que la mobilisation active de ses doigts restait douloureuse. Cliniquement, on observait des cicatrices calmes, aucun signe infectieux ni inflammatoire, ni aucune suspicion d'une réaction telle qu'un CRPS. La flexion-extension active du poignet semblait très difficile, mais la flexion-extension passive douce était possible. Une chirurgie supplémentaire n'était pas préconisée, mais uniquement la poursuite de l'ergothérapie et de l'auto-mobilisation débutées depuis fin avril 2016. L'assuré affirmait ne pas pouvoir travailler, même avec le port d'une attelle et dans un poste adapté.

11. Le Dr C_____ a indiqué, dans un rapport du 4 octobre 2016, qu'il était dans l'attente du résultat de l'expertise demandée par l'assurance-accidents. Il proposait à l'assuré une consultation au centre de la douleur et de garder l'attelle, voire de confectionner un bracelet en cuir. Il avait introduit du Cipralex pour les douleurs chroniques et une aide psychologique.

12. Le 1er décembre 2016, le centre de chirurgie & thérapie de la main a adressé l'assuré à la consultation ambulatoire de la douleur pour évaluer et soulager ses douleurs chroniques, en précisant que suite à l'arthroscopie diagnostique, un traitement antalgique et de l'ergothérapie avaient été initiés. Malgré des séances de rééducation bien conduites, il n'y avait pas eu d'amélioration sur la symptomatologie de l'assuré. Actuellement, il n'y avait pas de chirurgie à lui proposer. Le cas accident avait été clos en octobre 2016 et la suite de la prise en charge relevait maintenant de l'assurance-maladie.

13. Selon un rapport de la consultation ambulatoire de la douleur du 24 mars 2017, le diagnostic était des douleurs des poignets sur chute de sa hauteur, une neuropathie irritative du nerf médian gauche au carpe, sans atteinte ENMG significative, et un syndrome du tunnel carpien droit modéré, sans comorbidité.

    Sous la rubrique « Anamnèse psychosociale », il est indiqué que l'assuré travaillait en tant qu'exposant de maroquinerie, avec une charge de travail de manutention. Il avait dû arrêter son activité au mois de juin 2016, en raison des douleurs et une

demande d'assurance-invalidité était en cours. Il était ouvert à une réorientation professionnelle pour une activité sans port de charges ni mouvements répétés des poignets, mais n'avait pas de projet concret pour le moment. Il désirait pouvoir reprendre le travail, voyager et s'occuper de son enfant. Il disait être affecté par ses douleurs sur le plan psychologique. Ses scores d'anxiété (13/21) et de dépression (13/21), calculés sur le questionnaire HAD, étaient compatibles avec un épisode anxio-dépressif. Il ne bénéficiait pas d'un suivi psychiatrique et était ouvert à un tel suivi. Les scores de qualité de vie du questionnaire SF36 montraient principalement une diminution des scores de limitation physique et émotionnelle par rapport à la moyenne des scores d'une population générale et de patients souffrant de douleurs chroniques. Le traitement actuel était du paracétamol (Dafalgan), 500 mg 2-3 x/sem en réserve.

Sous la rubrique « Discussion et proposition », les médecins indiquaient que du point de vue physique, selon les résultats de l'ENMG (aggravation du canal carpien à droite), l'assuré pourrait bénéficier en première intention de repos et d'une immobilisation par attelle du poignet droit. En cas d'évolution positive, mais insuffisante, une infiltration locale du canal par CS pourrait également être proposée. Des réserves étaient émises quant à une prise en charge chirurgicale dans le contexte de la sensibilisation centrale de la douleur et il paraissait justifié de ne l'évoquer qu'en cas d'échec du traitement conservateur. Concernant les douleurs du poignet gauche, actuellement premier plan, il était proposé à l'assuré un essai de séances de mésothérapie (micro-injection ou nappage sous-cutané d'un mélange de substances actives, tels qu'un anesthésiant local, etc.). Il était encore proposé à l'assuré une consultation avec un psychiatre du service, au vu de la symptomatologie anxio-dépressive, pour discuter d'une prise en charge et de la prescription éventuelle d'un antidépresseur à but thymique et antalgique. L'assuré serait reconvoqué prochainement dans ce contexte.

14. La doctoresse E_____, de l'unité de psychiatrie de liaison des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après les HUG), a établi un rapport enregistré par l'OAI le 13 juillet 2017, posant le diagnostic de dépression majeure. L'assuré était suivi dès le 6 juin 2017. Il n'avait jamais consulté de psychiatre par le passé. Il pourrait effectuer une activité adaptée au handicap à 50%, si elle n'impliquait pas l'utilisation des mains et que le contact avec les gens était limité. Une telle activité n'était toutefois pas possible actuellement. Elle le serait si le traitement antidépressif fonctionnait, à évaluer huit semaines après son introduction. L'assuré n'avait jamais été hospitalisé pour une dépression.

15. Le 12 septembre 2017, la doctoresse F_____, cheffe de clinique du service de chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil moteur des HUG, a indiqué que la plainte actuelle principale de l'assuré concernait son poignet gauche. Au vu du dernier bilan d'imagerie datant de 2015, une nouvelle arthro-IRM était organisée afin de faire un bilan sur les surfaces cartilagineuses et voir si l'on observait une évolution depuis 2015. Ensuite, la question d'une prise en charge chirurgicale de

l'assuré serait discutée (dénervation du poignet, arthrodèse ?). Le rapport mentionne que l'assuré a fait l'objet d'une IRM du poignet droit le 10 mai 2017, d'une échographie du poignet gauche le 9 mai 2017 et d'un ENMG par le Dr G_____ le 17 mai 2017 et d'un Rx standard des deux poignets le 8 septembre 2017.

16. Le 15 mars 2018, l'assuré a fait l'objet d'une intervention chirurgicale par la Dresse F_____ « PRC + prothèse RCPI main gauche. Transposition nerf ulnaire coude gauche ».

17. Le 4 septembre 2018, la Dresse F_____ a indiqué que l'état de l'assuré était resté stationnaire, sans changement dans les diagnostics. Il avait une limitation fonctionnelle du poignet gauche avec une raideur du poignet et des douleurs chroniques. Le dernier examen médical avait eu lieu le 13 juin 2018. L'assuré faisait de la physiothérapie. Une reprise du travail était précoce (reconversion). Un examen médical complémentaire était nécessaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur sa capacité de travail.

18. Le 6 février 2019, la Dresse F_____ indiqué que l'évolution était actuellement défavorable dans les suites de la prothèse RCPI au niveau du poignet gauche de l'assuré avec une raideur articulaire qui était majeure. Un scanner avait été réalisé, qui montrait une prothèse bien en place et l'assuré continuait la physiothérapie. Elle proposait une arthrodèse du poignet, versus la mise en place d'une prothèse totale de poignet. L'assuré continuait à être suivi par le service une fois tous les trois mois.

19. Le 11 février 2019, le docteur H_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, de la consultation de la douleur des HUG, a indiqué à OAI que l'assuré souffrait d'un épisode dépressif moyen (F32.1) et d'un syndrome de dépendance à l'alcool (F10.24). L'assuré était profondément démoralisé. Toute reprise de travail semblait impossible actuellement. Il passait la plupart de son temps à la maison, s'occupant de ses enfants en bas âge, et était très diminué dans son quotidien par ses douleurs et le découragement que celles-ci entraînaient. Il était de plus assez chargé avec ses différents rendez-vous médicaux. Ces atteintes avaient des répercussions importantes sur les domaines courants de la vie (ménage, loisirs et activités sociales). Sa vie quotidienne et ses activités sociales étaient très restreintes. L'assuré pouvait compter sur le soutien de sa famille (sa femme et ses deux enfants en bas âge). Il n'avait pas d'autre réseau social significatif, pas d'autres types d'aide et un manque important de ressources. Le syndrome de dépendance à l'alcool, avec utilisation actuelle, n'avait pas d'impact sur sa capacité de travail. Les limitations fonctionnelles importantes étaient liées aux douleurs de l'assuré et son état dépressif entraînait une diminution de la concentration, de la démotivation, de la tristesse, de l'intolérance au stress, de l'anxiété, de l'irritabilité, de la fatigue, un manque de sommeil et du découragement. Du point de vue psychiatrique, la capacité de travail était de 0% depuis le début de l'année 2016 et probablement pour une durée indéterminée.

20. Selon un rapport établi le 18 mars 2019 par SMEX SA (Swiss Medical Expertise), une expertise de l'assuré avait été établie par la doctoresse I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et le docteur J_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. L'expert psychiatre a posé le diagnostic de trouble mixte de la personnalité, qui tenait compte des caractéristiques de dépendance, d'immaturité et de labilité émotionnelle présentées par l'assuré, d'un fonctionnement psychique marqué par le déni (de la responsabilité personnelle), le clivage (les bons et les méchants) et la projection (sa belle-sœur était à l'origine de sa ruine) ainsi que d'un sens de la réalité par moments fluctuant (boire au lieu de prendre son traitement). Ce trouble de la personnalité ne présentait pas de prédominance d'un groupe déterminé de symptômes permettant de poser un diagnostic plus spécifique. Il semblait toutefois présent depuis longtemps, au vu du parcours de vie de l'assuré, qui avait connu de nombreuses ruptures, changements et conflits. Ce diagnostic rendait également compte des troubles thymiques au long cours de l'assuré. La durée et le caractère chronique de la dépressivité de l'assuré, sans culpabilité consciente, auto-reproches, troubles du sommeil ni ralentissement psychomoteur, ne permettaient pas de retenir un diagnostic d'état dépressif majeur.

    Du point de vue orthopédique, l'assuré était actuellement gêné de manière importante par son poignet gauche, qui était douloureux et qui manquait de force. Il ne pouvait plus accomplir ses tâches habituelles de commerçant en maroquinerie, ni un travail dans un restaurant.

    Le diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail était une instabilité constitutionnelle du poignet gauche, décompensée par la chute du 17 septembre 2015, traitée initialement de façon conservative, puis chirurgicalement par l'ablation de la première rangée des os du carpe le 18 avril 2016 avec la mise en place d'une prothèse en pyrocarbone le 15 mars 2018.

    Comme diagnostics sans incidence sur la capacité de travail, les experts retenaient des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation nocive pour la santé (F10.1) et un trouble mixte de la personnalité (F61.0).

    L'assuré souffrait de séquelles d'une entorse du poignet gauche ayant décompensé une instabilité constitutionnelle nécessitant des traitements chirurgicaux lourds, qui n'avaient pas fait disparaître les douleurs incapacitantes du poignet, et d'une addiction à l'alcool qui générait des problèmes familiaux et diminuait l'efficacité des traitements psychiatriques.

    Du point de vue psychiatrique, l'assuré n'avait pas de limitations fonctionnelles. Du point de vue orthopédique, une activité monomanuelle droite était possible, l'assuré étant droitier. La main gauche pouvait aider la main droite pour soutenir des objets, mais pas pour les saisir. L'assuré ne pouvait pas porter des charges, ni manipuler des petits objets avec la main gauche. Il n'y avait pas d'autres limitations. Du point

de vue orthopédique, si une arthrodèse était effectuée avec une disparition des douleurs, il n'y aurait plus de limitations fonctionnelles.

Du point de vue orthopédique, les limitations concernaient exclusivement son poignet gauche, qui était douloureux et limité en amplitude, ce qui provoquait une diminution de la force.

Du point de vue psychiatrique, la capacité de travail dans l'activité habituelle de l'assuré avait toujours été de 100%. Du point de vue orthopédique, elle avait été de 0% depuis l'accident du 17 septembre 2015, qui avait provoqué une décompensation de troubles dégénératifs. Si une arthrodèse était effectuée et si elle amenait une diminution des douleurs, une activité dans la restauration serait possible à 100 %. L'évolution pourrait être favorable après une arthrodèse. Il fallait noter que l'intervention qui avait été effectuée était assez incapacitante et ne permettait en général pas d'obtenir une mobilité et une force normales. Une arthrodèse pourrait faire disparaître les douleurs et donc permettre une meilleure utilisation des doigts, avec une prosupination normale. Dans ce cas, la reprise d'une activité, dans la restauration par exemple, serait possible à 100%

La capacité de travail dans une activité adaptée avait toujours été de 100% du point de vue psychiatrique. Du point de vue orthopédique, elle avait été de 0% depuis l'accident du 17 septembre 2015 jusqu'en janvier 2016. Dès février 2016 (rapport du Dr C_____ du 8 février 2016), elle avait été de 50% jusqu'au 17 avril 2016. À partir du 18 avril 2016 (arthroscopie), la capacité de travail avait été de 0% pour trois mois, puis de 100% jusqu'au 15 mars 2018 (opération), de 0% pour trois mois et de 100% depuis mi-juin 2018 dans une activité monomanuelle. Du point de vue interdisciplinaire, la capacité de travail était de 100% dans une telle activité.

Le rapport contient une expertise spécialisée psychiatrique dont il ressort que l'assuré a été vu le 21 janvier 2019 de 11h05 à 12h35. L'expert n'avait pas jugé nécessaire de recourir à des informations fournies par des tiers.

21. Le 28 mars 2019, le service médial régional (ci-après le SMR) a estimé l'expertise concluante.

22. Par projet d'acceptation de rente du 20 août 2019, l'OAI a informé l'assuré qu'il avait droit à une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 76%, du 1er septembre au 30 novembre 2016. Du 1er mars au 30 septembre 2018, il avait droit à une rente entière, fondée sur un degré d'invalidité de 100%. Le statut d'assuré retenu dans sa situation était celui d'une personne se consacrant à temps complet à son activité lucrative indépendante. Il ressortait de l'instruction médicale que son incapacité de travail était de 100% dans son activité habituelle dès le 17 septembre 2015 (début du délai d'attente d'un an). Dans une activité adaptée à son état de santé, l'OAI était d'avis que sa capacité de travail était de 50% du 1er février au 17 avril 2016. Dès le 18 avril 2016, son état de santé s'était à nouveau aggravé et sa capacité de travail était nulle dans toute activité jusqu'au 30 juillet

2016. Dès le 1er août 2016, elle était de 100% dans une activité adaptée à son état de santé.

À l'échéance du délai d'une année, à savoir le 17 septembre 2016, son incapacité de travail moyenne était de 76%, si bien que le droit à une rente entière était ouvert à cette date. Cependant, à l'issue du délai d'attente, sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée. La méthode générale de comparaison des revenus s'appliquait aux personnes de condition indépendante. Cette méthode consistait à déterminer le taux d'invalidité en comparant le revenu sans invalidité qu'une personne pourrait continuer à réaliser si elle n'était pas devenue invalide et le revenu d'invalide, c'est-à-dire celui qu'elle pourrait réaliser malgré son invalidité en exerçant une activité raisonnablement exigible.

Pour évaluer le revenu sans invalidité d'une personne de condition indépendante, l'OAI examinait le développement probable qu'aurait suivi l'entreprise de la personne assurée si elle n'était pas devenue invalide. Le revenu d'invalide correspondait au revenu que cette personne pourrait encore réaliser en procédant, dans son activité au changement possible et raisonnablement exigible de façon à exploiter au mieux sa capacité de travail théorique.

Il ressortait de la comparaison des gains effectuée par son service spécialisé que l'invalidité se calculait de la manière suivante :

- revenu sans invalidité CHF 57'012.- ;
- revenu avec invalidité CHF 60'123.- ;
- soit une perte de gain de 0%.

Compte tenu de son degré d'invalidité à cette date (à l'issue du délai d'attente d'une année), son droit à la rente était supprimé trois mois après l'octroi (art. 88 RAI) soit le 30 novembre 2016.

Du 15 mars au 30 juin 2018, sa capacité de travail était à nouveau nulle dans une activité adaptée jusqu'au 30 juin 2018, puis dès cette date, elle était pleine dans une activité adaptée à son état de santé.

La rente était supprimée trois mois après l'amélioration de son état de santé intervenue le 30 juin 2018, soit dès le 30 septembre 2018. Dès lors, le droit à une rente entière lui était reconnu du 1er mars au 30 septembre 2018.

23. Le 26 août 2019, l'assuré a contesté le projet de décision.

24. Selon un rapport établi par les HUG le 7 novembre 2019, une arthroplastie totale du poignet gauche par prothèse MOTEC a été effectuée le 17 septembre 2019. L'assuré, malgré plusieurs convocations à leur consultation, ne s'était pas présenté pour un contrôle. Le service ne pouvait donc pas répondre au questionnaire de l'OAI.

25. Par décision du 14 mai 2020, l'OAI a confirmé son projet de décision.

26. Le 11 juin 2020, l'assuré a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice. Les rapports médicaux démontraient que la situation de son poignet de la main gauche ne s'était pas améliorée. Il souffrait toujours de douleurs. Sa main était déformée et sans force. Il avait eu une deuxième opération et un arrêt de travail du 19 septembre 2019 au 23 mars 2020 et un autre rendez-vous était prévu la semaine suivante. Le 22 février 2016, le médecin de la clinique de Genève l'avait mis en arrêt à 50%. Il avait une grande douleur et avait averti le médecin qu'il ne pouvait pas travailler à 50%. Il contestait totalement la décision. Il avait droit « à des périodes totales » depuis son accident.

    À l'appui de son recours, le recourant a produit :

    - un compte-rendu opératoire du 14 octobre 2019 indiquant qu'il avait subi une arthroplastie totale du poignet gauche par prothèse MOTEC le 19 septembre 2019 ;
    - un arrêt de travail pour maladie établi le 23 mars 2020 par le docteur K_____, du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, indiquant que l'assuré était en incapacité de travail depuis le 19 septembre 2019, date de la mise en place d'une prothèse de poignet à gauche, jusqu'à ce jour.

27. Par réponse du 18 septembre 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours. Les pièces médicales produites à l'appui du recours faisaient état d'une nouvelle opération subie par le recourant entraînant une incapacité de travail temporaire de trois mois. Étant donné qu'aucune complication n'avait été annoncée, il n'y avait pas lieu de retenir une nouvelle incapacité de travail durable, selon un avis du SMR du 28 juillet 2020.

28. Le 19 octobre 2020, le recourant a fait valoir que depuis l'accident, il était en arrêt de travail, sauf le 2 février 2016. L'assurance avait fait des pressions sur son médecin, le Dr C_____. Le 22 février 2016, ce dernier l'avait mis à 50% pour essayer. Au bout de deux jours d'essai, il avait dû arrêter de travailler, en raison de ses douleurs. Son médecin l'avait mis à nouveau en arrêt de travail à 100% depuis la date de l'accident jusqu'à ce jour. Les rapports des médecins n'avaient jamais indiqué une capacité de travail temporaire de trois mois et plus depuis l'accident. Il ne s'était pas remis au travail depuis lors.

29. Le 20 janvier 2021, le recourant a encore indiqué que depuis l'accident du 17 septembre 2015, il était en arrêt de travail à 100%. Il a notamment produit une convocation pour une chirurgie de la main fixée le 16 novembre 2020 par la doctoresse L_____, médecin cheffe de clinique, service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG.

30. Le 22 janvier 2021, le recourant a produit un certificat médical établi par la Dresse L_____ le 15 janvier 2021 attestant d'un arrêt de travail à 100% du 1er au 30 janvier 2021.

31. Le 5 février 2021, le recourant a produit un certificat médical de suivi établi le 29 janvier 2021 par la Dresse L_____, posant le diagnostic d'arthrose pan carpienne gauche avec un syndrome du tunnel carpien à gauche. Suite à un contrôle à 14 mois de l'arthroplastie totale du poignet gauche, avec des douleurs persistantes, et un examen complémentaire faisant suspecter un descellement au niveau métacarpien, il était proposé une reprise chirurgicale avec changement de prothèse versus une arthrodèse totale du poignet. L'assuré souhaitant conserver des mobilités, l'arthrodèse n'était pas envisageable pour lui. La chirurgie était à prévoir au début du mois de mars.

32. Le recourant a été entendu par la chambre de céans le 28 avril 2021. Il a notamment indiqué qu'il venait de subir une troisième opération, le 3 mars 2021, par le professeur M_____, médecin adjoint agrégé responsable d'unité du département de chirurgie des HUG, qui ne lui avait pas apporté d'amélioration. Il se sentait encore moins bien avec son poignet et avait des douleurs très fortes en permanence. Il ne pouvait toujours pas utiliser sa main. Il n'avait pas eu d'activité professionnelle depuis son accident. Il avait un certificat de cafetier-restaurateur, mais ne pouvait pas travailler dans ce domaine avec une seule main. Il ne contestait pas pouvoir travailler dans une activité adaptée monomanuelle depuis le 15 juin 2018, mais il n'avait pas de formation dans le travail de bureau ni en informatique et ne voyait pas quelle activité non manuelle il pourrait faire. Il lui était difficile moralement de ne pas travailler.

33. Le 29 avril 2021, le recourant a transmis à la chambre de céans :

    - un compte-rendu opératoire établi le 24 mars 2021 par la Dresse L_____ indiquant que l'assuré avait fait l'objet le 10 mars 2021 d'une intervention consistant notamment en la reprise de l'arthroplastie totale de poignet.

    - un rapport établi le 20 avril 2021 par le Prof. M_____, indiquant qu'à six semaines post changement de prothèse totale du poignet de l'assuré, celui-ci sortait de son immobilisation le jour-même. Il avait eu des arrêts de travail pour une incapacité totale de travailler, pour maladie jusqu'au 31 juillet 2020, et pour accident du 1er août au 31 octobre 2020, du 30 mars au 30 avril 2021 et du 20 avril au 30 mai 2021.

EN DROIT

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.

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

3. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était pendant, au 1er janvier 2021, devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA).

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

5. Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-invalidité.

6. 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 qui entre en considération, 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 vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide 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. 28 al. 2 LAI).

   En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais 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. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

7. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve

de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanent d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

Selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée, en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence). Il y a lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4).

8. La jurisprudence a retenu dans des causes relevant de l'assurance-invalidité que tant que l'état de santé de l'assuré n'est pas stabilisé, l'examen porte sur la capacité de travail dans l'activité habituelle, et qu'il doit porter sur la capacité de travail exigible dans une activité adaptée depuis sa stabilisation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_881/2010 du 23 août 2011 consid. 3.2; ATAS/56/2016 du 27 janvier 2016 consid. 10; cf. également ATAS/784/2016 du 29 septembre 2016 consid. 11).

   Dans l'arrêt 9C_881/2019 précité, le Tribunal fédéral a considéré que dans la mesure où il était établi par un rapport médical qu'au niveau du genou gauche et de l'épaule gauche de l'assuré, la situation ne s'était pas modifiée d'une manière essentielle depuis une année, il était raisonnable d'admettre que la situation était stabilisée. Il en allait de même en ce qui concerne la cheville gauche, sept mois après une fracture non déplacée de la malléole interne.

   Selon l'ATAS/56/2016 précité, si un état stationnaire peut être considéré comme étant stabilisé, il n'en va pas de même lorsque des mesures médicales sont préconisées (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 490/05 du 22 novembre 2006 consid. 2.1).

   Dans un arrêt 9C_839/2017 du 24 avril 2018, le Tribunal fédéral a jugé que le fait que le recourant avait subi une intervention chirurgicale au poignet droit postérieurement au prononcé administratif et que cette intervention était apparemment liée à des séquelles de l'accident en cause ne suffisait pas pour rendre

vraisemblable qu'elle aurait été de nature à influencer l'appréciation des atteintes à la santé du recourant au moment du prononcé de la décision litigieuse. En instance cantonale, le recourant n'avait produit aucun rapport relatif à cette opération et qui aurait établi que son état de santé n'était pas stabilisé au moment de la décision. De plus un médecin avait déjà pris en compte la nécessité d'une telle intervention qui avait selon lui pour seul objectif de diminuer les douleurs résiduelles ressenties par le recourant à son poignet droit mais pas d'en améliorer la fonction.

9. 9.1. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). 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 incapable de travailler. Dans le cas des maladies psychiques, les indicateurs sont importants pour évaluer la capacité de travail, qui - en tenant compte des facteurs incapacitants externes d'une part et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part -, permettent d'estimer la capacité de travail réellement réalisable (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_286/2020 du 6 août 2020 consid. 4 et la référence).

   9.2. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

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

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 125 V 351 consid. 3b/bb).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

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. A 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 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

10. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances

sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

11. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

12. 12.1. En l'espèce, l'intimé a retenu dans la décision querellée que le recourant était totalement capable de travailler dans une activité adaptée à l'issue du délai d'attente, soit le 17 septembre 2016, en se fondant sur l'expertise du SMEX du 18 mars 2019. Il convient de déterminer en premier lieu la valeur probante de cette dernière.

12.2. Sur le plan psychiatrique, il faut relever que ce rapport ne mentionne pas le rapport établi le 11 février 2019 par le Dr H_____, qui ne figurait sans doute pas encore au dossier qui a été transmis aux experts. Il est regrettable que l'expert psychiatre ait jugé inutile de recourir à des informations fournies par des tiers, comme il l'a indiqué dans son rapport, car l'appréciation du Dr H_____, qui suivait le recourant depuis avril 2018, était nécessaire à une bonne compréhension de son état de santé sur le plan psychiatrique. Or, selon le psychiatre traitant, le recourant souffrait d'un épisode dépressif moyen et toute reprise de travail semblait impossible actuellement, contrairement à l'appréciation de l'expert psychiatre, qui a retenu un diagnostic de trouble mixte de la personnalité non incapacitant. Il en résulte que le rapport d'expertise du SMEX ne peut se voir reconnaître une pleine valeur probante sur le plan psychiatrique. Il n'y a toutefois pas lieu de procéder à une instruction complémentaire, dès lors que le recourant doit se voir reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité en raison de son atteinte orthopédique.

12.3. Sur le plan orthopédique, l'expert du SMEX a retenu que le recourant était totalement incapable de travailler dans son activité habituelle depuis l'accident du 17 septembre 2015. Cette conclusion n'est pas contestée et est convaincante, à teneur du dossier. Dans cette mesure, le rapport d'expertise doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. La question du bien-fondé de l'évaluation par l'expert de la capacité de travail dans une activité adaptée peut rester ouverte, dès lors qu'il sera démontré ci-après que l'état de santé du recourant n'a pas été stabilisé depuis son accident jusqu'au moment où a été rendue la décision querellée, de sorte que seule la capacité de travail dans l'activité habituelle devait être prise en compte pour fixer le taux d'invalidité.

12.4. Les experts n'ont pas discuté de la stabilisation de l'état de santé du recourant. Au vu de l'évolution du cas, l'intimé ne pouvait pas retenir dans sa décision du 14 mai 2020 que l'état de santé du recourant était stabilisé entre le 1er décembre 2016 au 28 février 2018. Certes, le Centre de Chirurgie & Thérapie de la main a considéré le 1er décembre 2016 qu'il n'y avait pas de chirurgie à proposer au recourant, mais le rapport de la Consultation ambulatoire de la douleur du 24 mars 2017 indiquait, en substance, que l'état de santé du recourant allait en s'aggravant (canal carpien à droite) et que si des réserves étaient émises au sujet d'une opération, un tel acte ne serait n'était exclu en cas d'échec du traitement conservateur. De plus, le 8 septembre 2017, la Dresse F_____ a décidé d'organiser une nouvelle arthro-IRM pour faire un bilan et décider si une prise en charge chirurgicale se justifiait et le recourant a finalement été opéré le 15 mars 2018. Dans ces circonstances, l'intimé ne pouvait pas considérer, le 14 mai 2020, que l'état de santé du recourant était stabilisé entre le 1er décembre 2016 et le 28 février 2018.

S'agissant de la période courant dès mi-juin 2018, la Dresse F_____ estimait, dans son rapport du 4 septembre 2018, qu'une reprise du travail (reconversion) était précoce et qu'un examen médical complémentaire était nécessaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur sa capacité de travail. Le 6 février 2019, la Dresse F_____ mentionnait une évolution défavorable dans les suites de la prothèse RCPI au niveau du poignet gauche de l'assuré avec une raideur articulaire qui était majeure et proposait une arthrodèse du poignet. Selon un rapport établi par les HUG le 7 novembre 2019, une arthroplastie totale du poignet gauche a été effectuée le 17 septembre 2019. Un arrêt de travail pour maladie a établi le 23 mars 2020 par le Dr K_____, qui indiquait que le recourant était en incapacité de travail depuis le 19 septembre 2019, date de la mise en place d'une prothèse de poignet à gauche, jusqu'à ce jour. Il en résulte que l'intimé ne pouvait pas retenir sur la base des pièces au dossier que l'état de santé du recourant était stabilisé dès mi-juin 2018 dans sa décision du 14 mai 2020.

En conséquence, c'est à tort que l'intimé a pris en compte la capacité de travail résiduelle du recourant pour déterminer son taux d'invalidité. Il aurait en effet dû, à teneur de la jurisprudence, se fonder uniquement sur sa capacité de travail dans son activité habituelle. Il est établi en l'espèce que le recourant a été totalement incapable de travailler depuis le 18 septembre 2015, ce qui lui ouvre le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er septembre 2016, étant précisé qu'il a demandé les prestations de l'assurance-invalidité le 15 mars 2016, soit le premier jour du mois pendant lequel le droit à la rente et à son versement a pris naissance (art. 28 al. 1 et 29 al. 1 et 3 LAI).

13. En conséquence, le recours sera admis, la décision querellée annulée et il sera dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er septembre 2016.

14. Selon l'art. 61 let. g LPGA, le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens. L'assuré qui agit dans sa propre cause sans

l'assistance d'un avocat n'a droit à des dépens que si la complexité et l'importance de son affaire exige un investissement en temps et en argent qui dépasse le cadre de ce qu'un individu doit normalement assumer dans la gestion de ses affaires (cf. ATF 133 III 439 consid. 4 p. 446; 115 Ia 12 consid. 5 p. 21; 110 V 72 consid. 7 p. 81; 135 V 473 consid. 3.3 p. 473; arrêt du Tribunal fédéral 9C_62/2015 du 20 novembre 2015 consid. 6.2).

En l'espèce, le recourant a rédigé lui-même ses écritures et a comparu seul à l'audience de comparution personnelle. Il a indiqué à cette occasion que son conseil l'avait aidé à rédiger son recours et que celui-ci ne se présentait pas l'audience pour des raisons financières. Il se justifie dans ces circonstances d'octroyer au recourant une indemnité de CHF 1'000.- 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]).

15. 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. 1bis LAI).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision rendue par l'intimé le 14 mai 2020.
4. Dit que le recourant a droit à un rente entière d'invalidité dès le 1er septembre 2016.
5. Alloue au recourant, à la charge de l'intimé, une indemnité de dépens de CHF 1'000.-
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière — La présidente

Isabelle CASTILLO — Catherine TAPPONNIER

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