

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____1963, naturalisé suisse en septembre 2010, droitier, a travaillé à plein temps en dernier lieu en tant que plâtrier au service de l'entreprise B_____ SA dès le 27 août 2002.
2. Le 1^{er} novembre 2015, l'assuré a chuté avec réception sur la main droite, ayant entraîné une fracture intra-articulaire de la base du 5^{ème} métacarpien droit, traitée conservativement. Il a été mis en arrêt de travail total.
3. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA), assureur-accidents de l'assuré, a pris en charge le cas.
4. Le 1^{er} mars 2016, le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a effectué une ostéotomie du 5^{ème} métacarpien droit, associée à un curetage et comblement d'un volumineux kyste osseux intra-hamatum à droite.
5. Le 25 mai 2016, l'ablation du matériel d'ostéosynthèse a été réalisée, ainsi qu'une ténolyse du tendon extenseur propre du 5^{ème} doigt.
6. Le 4 juillet 2016, l'assuré a repris son travail habituel à mi-temps.
7. L'arthro-CT du poignet droit du 6 septembre 2016 a révélé une zone d'ulcération focale de la partie distale du cartilage du pisiforme s'étendant sur 2 mm et mettant à nu l'os sous-chondral.
8. Le 29 septembre 2016, l'assuré a été licencié avec effet immédiat pour faute grave, date à compter de laquelle le Dr C_____ a attesté d'une incapacité de travail totale.
9. L'arthro-IRM (imagerie par résonance magnétique) du poignet droit du 21 décembre 2016 a mis en évidence une dilacération des fibres styloïdiennes du ligament triangulaire du carpe, un index radio-cubital positif sans signe de conflit ulno-carpien, et sans anomalie évidente au niveau de la base du 5^{ème} métacarpien.
10. Le 8 mars 2017, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé), invoquant une atteinte à la main droite.
11. Dans un rapport du 15 mars 2017, le Dr C_____ a posé le diagnostic de status post (s/p) ostéotomie du 5^{ème} métacarpe droit et curetage d'un kyste intra-osseux à droite. Le dernier contrôle remontait au 10 mars 2017. La capacité de travail (ci-après : CT), nulle dans l'activité habituelle, était totale dans une activité adaptée. L'assuré devait éviter le travail avec les bras au-dessus de la tête, le port de charges, et la montée sur une échelle/un échafaudage à compter du 1^{er} mars 2017.
12. Du 30 mai au 21 juin 2017, l'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR), qui, dans un rapport du 5 juillet 2017, a posé à titre de diagnostic principal des thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs, raideurs et limitations fonctionnelles de la main droite. Au cours du séjour, ont été

retenus, sur le plan orthopédique, les diagnostics de minime ténosynovite de l'extenseur carpis ulnaris du poignet droit, d'arthrose métacarpo-phalangienne au pouce droit et d'arthrose radio-carpienne et scapho-trapézo-trapézoïdienne droite, et, sur le plan psychiatrique, celui de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive brève. La participation du patient aux thérapies avait été considérée comme moyenne. Celui-ci restait focalisé sur ses douleurs et s'autolimitait constamment, faisant douter de la cohérence du tableau clinique. Il avait été pris en charge aux ateliers professionnels sur des périodes allant jusqu'à deux heures consécutives dans des activités très légères (moins de 5 kg). L'intégration de la main droite avait été faible et les plaintes fréquentes. Il avait évoqué une reconversion dans le domaine de la conduite automobile, ce qui demandait l'intégration complète des deux mains, et renforçait l'impression d'un tableau clinique peu cohérent. Le score avait été étonnement bas au test d'entrée de condition physique sur vélo, qui ne mettait pas en contrainte les mains. L'activité de maintien des deux bras tendus à l'horizontale devant soi au test des capacités fonctionnelles n'était que partiellement maintenue. Or, il s'agissait d'une activité qui ne sollicitait pas les mains mais les épaules dont le patient ne se plaignait pas. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée était favorable, avec un rendement complet, même si des facteurs contextuels pourraient interférer avec la reprise professionnelle, soit notamment une kinésiophobie modérée, une catastrophisation élevée, associée à un handicap subjectif hors de proportion avec les constatations objectives, la focalisation sur la douleur et les nombreuses autolimitations.

Le consilium psychiatrique du 31 mai 2017 annexé audit rapport mentionne que l'assuré avait été adressé par son médecin traitant à une psychiatre en novembre 2016, suite à l'annonce de son licenciement qu'il avait mal vécue avec une augmentation de l'irritabilité ainsi que des troubles du sommeil. Il bénéficiait actuellement d'un suivi psychothérapeutique mensuel et rapportait une légère amélioration depuis l'introduction d'un traitement à base de Remeron et Imovan. Les plaintes actuelles étaient une tension nerveuse se manifestant par des céphalées et la recherche de lieux calmes. Il rapportait une augmentation de l'irritabilité avec un repli social également en lien avec une limitation financière. Au status psychique, il n'existait pas d'élément orientant vers un trouble de l'attention ou de la mémoire, ni de l'orientation ou d'élément du registre psychotique, ni de traits de personnalité particuliers. Il n'y avait pas d'idées noires ni d'idéation suicidaire. Le patient était plutôt souriant et euthymique. Le sommeil était décrit comme perturbé par les douleurs et par des facteurs de stress qui pouvaient survenir au cours de la journée. L'appétit était conservé. Concernant les activités habituelles, il marchait de façon régulière trente à quarante minutes par jour, de préférence le soir. Le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive brève, sans impact significatif sur la CT, était retenu principalement en lien avec l'annonce de son licenciement. D'autres facteurs contextuels personnels ou environnementaux

susceptibles d'interférer avec l'évolution ou le tableau clinique n'avaient pas été mis en lumière.

13. Le 4 septembre 2017, l'assuré a subi une résection de l'os pisiforme au poignet droit.
14. Du 2 au 28 janvier 2018, l'assuré a bénéficié d'un stage d'orientation aux Établissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI), pris en charge par l'OAI. Dans un rapport du 8 février 2018, il a été relevé que l'assuré présentait un manque d'endurance et de force ainsi qu'une sensibilité réduite de la main droite. La sollicitation de cette main, même légère, plus de deux heures d'affilée engendrait une augmentation des douleurs au poignet droit, et l'arrêt prématuré de l'activité pour récupération. Les positions de travail (assis, debout) pouvaient être tenues durablement. L'assuré pouvait effectuer une activité simple, telle que gardien de musée, chauffeur sans port de charges, ou surveillant (nuit) sans intervention.
15. Dans un rapport du 25 janvier 2018, le Dr C_____ a signalé des douleurs ulno-carpiennes avec une diminution de la force de la main droite.
16. Dans un rapport du 2 mars 2018, ce médecin a indiqué que l'état de santé était stationnaire depuis le 12 décembre 2017. La CT dans une activité adaptée (gardien de musée, réception) était entière depuis décembre 2017.
17. Le 3 avril 2018, le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et médecin d'arrondissement de la SUVA, a procédé à un examen final de l'assuré, et relevé que la mobilité de la main droite était supérieure à ce qui avait pu être observé objectivement au cours du séjour à la CRR. Seule la douleur alléguée, qui était difficile à objectiver sur le plan des seules constatations médicales, représentait un frein à la réinsertion professionnelle. La CT était entière dans une activité adaptée six mois après la dernière opération.
18. À la demande de l'OAI, l'office cantonal de l'emploi l'a informé le 29 octobre 2018 que l'assuré avait été mis au bénéfice d'un délai-cadre d'indemnisation du 10 septembre 2018 au 9 septembre 2020. Il recherchait un emploi à plein temps. Était joint un certificat du docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et exerçant au Centre médico-chirurgical Vermont, attestant d'une CT entière dès le 7 septembre 2018.
19. Dans une note du 7 novembre 2018, l'OAI a arrêté le revenu avec invalidité à CHF 61'467.-, correspondant au salaire d'un homme travaillant à plein temps dans une activité de niveau 1 (tâches physiques ou manuelles simples) selon le tableau TA1 de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) 2016, tous secteurs confondus (total), pour 41,7 heures hebdomadaires, indexé en 2017, et tenant compte d'un abattement de 10 % en raison des limitations fonctionnelles. Le revenu sans invalidité était fixé à CHF 74'267.- selon les données communiquées par l'employeur, réactualisées en 2017.

20. Par avis du 25 février 2019, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a reconnu à titre d'atteinte principale à la santé des séquelles d'une fracture complexe du 5^{ème} métacarpien compliquée d'une arthrose piso-triquétrale traitée par exérèse du pisiforme. La reprise de l'emploi à 50 % le 4 juillet 2016 s'était soldée par un échec. Dès le 29 septembre 2016, date de son licenciement, l'assuré était de nouveau en arrêt de travail total. Le SMR a, compte tenu des pièces médicales au dossier, retenu que la CT était nulle dans l'activité habituelle depuis le 2 novembre 2015 et de 100 % dans une activité adaptée évitant le port de charges supérieures à 5 kg, la manipulation répétitive avec la main droite, les efforts de serrage, les vibrations, ainsi que les travaux de force avec la main et le poignet droit, depuis le 12 décembre 2017. La reprise de travail dans l'activité habituelle d'une durée de trois mois environ n'était pas adaptée aux limitations fonctionnelles.
21. Par décision du 7 mai 2019, l'OAI, reprenant la teneur de son projet de décision du 1^{er} mars 2019, a mis l'assuré au bénéfice d'une rente d'invalidité entière du 1^{er} septembre 2017 au 28 février 2018. La CT de celui-ci, nulle dans son activité habituelle dès le 2 novembre 2015, début du délai d'attente d'un an, était entière dans une activité adaptée à compter du 12 décembre 2017. L'assuré avait en principe droit à la rente en novembre 2016, au terme du délai d'attente annuel. La demande ayant toutefois été déposée tardivement le 8 mars 2017, la rente ne pouvait être versée qu'à compter de septembre 2017. En décembre 2017, la comparaison du revenu d'invalidé (CHF 61'467.-) avec le revenu de valide (CHF 74'267.-) aboutissait à un degré d'invalidité de 17 %, inférieur aux 40 % requis pour maintenir le droit à la rente et aux 20 % requis pour l'ouverture d'un droit au reclassement. Le droit à la rente s'éteignait après une période d'amélioration constatée de trois mois, soit le 1^{er} mars 2017 (recte : 2018).
22. Par acte du 7 juin 2019, l'assuré a, par l'intermédiaire de son conseil, interjeté un recours contre cette décision, concluant, sous suite de dépens, à son annulation et à l'octroi d'une rente entière dès le 2 novembre 2016.
- Le recourant a contesté disposer d'une CT entière dans une activité adaptée, alléguant qu'il était toujours en incapacité de travail totale selon son médecin traitant. En tant que de besoin, il sollicitait une expertise.
- Il a considéré, se référant au chiffre 2028 de la circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (ci-après : CIIAI), que la rente devait lui être versée rétroactivement à partir du 2 novembre 2016, car, maîtrisant mal le français et s'étant trouvé dans une situation personnelle extrêmement difficile, il ignorait totalement ses droits. Dans ces circonstances, on ne pouvait lui faire grief d'avoir tardé à déposer sa demande.
23. Le 14 juin 2019, le recourant a versé au dossier le certificat du 28 mai 2019 établi par le Centre médico-chirurgical Vermont, attestant d'une CT nulle dès le 31 mai 2019 pour une durée probable jusqu'au 15 juin 2019 pour motif maladie.
24. Dans sa réponse du 9 juillet 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours.

Il a indiqué que le chiffre 2028 CIIAI avait été abrogé le 1^{er} janvier 2018.

Il a relevé que le recourant bénéficiait d'indemnités de l'assurance-chômage depuis le 10 septembre 2018, puisqu'il avait été considéré comme apte à reprendre un emploi. Le médecin d'arrondissement de la SUVA avait également estimé qu'une activité adaptée était exigible à 100 %.

25. Dans sa réplique du 22 août 2019, le recourant a persisté dans ses conclusions.

Il a produit :

- le rapport du 25 juillet 2019 de la doctoresse F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, posant le diagnostic d'épisode dépressif moyen à sévère (F32.2). Le patient était triste, angoissé, souffrait d'insomnie, présentait un comportement d'évitement et s'isolait socialement. Il avait souvent mal à la tête, oubliait beaucoup, s'énervait vite et « explosait », car il trouvait sa situation injuste. Il avait souvent des idées noires et parfois des idées suicidaires. Il bénéficiait d'un traitement psychotrope, notamment le Brintellix, débuté en mars 2019 et dont l'efficacité ne pouvait pas encore être évaluée. Depuis le 9 mai 2019, date à laquelle il avait été opéré en urgence pour une perforation d'appendicite, il était très ralenti au niveau psychomoteur et manifestait un trouble de la mémoire plus important qu'auparavant. Il avait perdu 10 kg depuis lors. Il présentait une perte de l'appétit et de la motivation. Une peur de la mort subite s'était installée chez lui suite à cette intervention chirurgicale. Un travail psychothérapeutique actuel était basé sur la diminution de l'anxiété. La CT était pour l'instant nulle dans toute activité;
- le rapport du 14 août 2019 du Dr E_____, relevant que, depuis la chute du 4 novembre 2018, le patient, qui avait bénéficié d'un traitement conservateur avec antalgique ainsi que de physiothérapie, présentait des douleurs au niveau du genou gauche, un hématome sur la cuisse gauche et une contusion lombaire. Il boitait. À l'IRM étaient constatées des lésions arthrosiques indolores avant l'accident. Le patient se plaignait de douleurs lombaires avec irradiation dans la jambe gauche. Une hernie discale L4-L5 au contact de la racine nerveuse avait été mise en évidence. Du point de vue du médecin, les douleurs n'existaient pas avant l'accident.

Sur cette base, le recourant a fait valoir qu'il est encore en incapacité de travail totale, et reproché à l'intimé de ne pas avoir pris en considération la péjoration de son état de santé. Ainsi, une expertise s'imposait.

Le recourant a en outre exposé que, compte tenu de son âge, de sa formation limitée, de la durée d'activité de plâtrier (plus de trente ans) et de ses difficultés à s'exprimer en français, un abattement de 20 à 25 % sur le revenu d'invalidé, au lieu de 10 % opéré par l'intimé, se justifiait.

26. Dans sa duplique du 19 septembre 2019, l'intimé s'est rallié à l'avis joint du même jour du SMR, selon lequel le rapport de la Dresse F_____ ne comportait aucun

élément objectif, notamment un status en lien avec les plaintes du patient. Le diagnostic posé était essentiellement basé sur les plaintes de celui-ci. L'évaluation psychiatrique du 31 mai 2017 avait retenu un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive brève. La psychiatre traitante n'expliquait pas les raisons de la modification du traitement en mars 2019. Elle faisait état d'une aggravation de l'état psychique depuis l'opération du 9 mai 2019, mais l'assuré n'avait pas été hospitalisé en milieu spécialisé et une augmentation du traitement n'était pas intervenue. Ces éléments n'étaient pas suffisants pour attester d'une aggravation notable et durable sur le plan psychique. Sur le plan somatique, l'accident du 14 novembre 2018 n'avait engendré que des contusions, sans incapacité de travail durable. Une hernie discale L4-L5 avait semble-t-il été décompensée dans ce contexte, occasionnant des limitations fonctionnelles supplémentaires d'épargne du rachis (port répété de charges limitées à 5 kg, 10 kg occasionnel, alternance des positions, pas de position en porte-à-faux du rachis, pas de rotations répétées du rachis), sans incidence sur la CT. Quant à l'appendicectomie du 9 mai 2019, elle entraînait habituellement une incapacité de travail non durable d'un mois. Le SMR a conclu que la CT était toujours entière dans une activité adaptée moyennant des limitations fonctionnelles d'épargne du rachis supplémentaires.

L'intimé a ajouté que l'âge du recourant au moment déterminant (54 ans) ne justifiait pas un abattement supérieur à 10 %, ni d'ailleurs la formation scolaire limitée ou les difficultés à s'exprimer en français, eu égard au niveau de qualification professionnelle retenu (activités simples et répétitives).

27. Le 10 octobre 2019, la chambre de céans a informé les parties de ce que la cause était gardée à juger.
28. Le 12 novembre 2019, l'intimé a transmis la décision sur opposition du 8 novembre 2019 de la SUVA.
29. Le 14 novembre 2019, la chambre de céans a informé le recourant que la décision précitée était versée à la présente procédure.
30. Par courrier du 29 juin 2020, la chambre de céans a informé le recourant qu'elle s'était réunie le jour-même, envisageant de réformer la décision dont est recours au détriment du recourant (*reformatio in pejus*). Il ressortait en effet de son analyse que le recourant ne pouvait prétendre à la rente entière d'invalidité que le 1^{er} janvier 2018, soit trois mois après l'aggravation de son état de santé survenue le 4 septembre 2017, date de la dernière intervention chirurgicale subie. Or, au 1^{er} janvier 2018 et depuis lors, il ne présentait aucune incapacité de gain justifiant l'octroi d'une rente d'invalidité. Un délai lui était imparti pour faire part à la chambre de céans de ses observations ou pour retirer son recours.
31. Par courrier du 23 juillet 2020, le conseil du recourant a informé la chambre de céans que son mandant ne comptait pas retirer son recours, en dépit de la *reformatio in pejus* envisagée. Il se référait pour le surplus à ses arguments développés à l'appui de ses écritures.

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. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
3. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité entière.
4. 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 vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).
5. 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. 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 des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

6. 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).

Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques, y compris les troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1). En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée.

L'examen des indicateurs standards est toutefois superflu lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable, ou si l'existence d'une incapacité de travail est niée de manière convaincante par un avis médical spécialisé ayant pleine valeur probante et que les éventuels avis contraires peuvent être écartés faute de pouvoir se voir conférer une telle valeur (arrêt du Tribunal fédéral 9C_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7).

7. 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. 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; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 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. 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; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

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 du règlement sur l'assurance-invalidité, du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201]; 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; ATF 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; 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).

8. 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).

9. a. En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant ne peut plus exercer son activité habituelle de plâtrier suite à l'accident dont il a été victime le 1^{er} novembre 2015, ayant provoqué une fracture du 5^{ème} métacarpien droit compliquée d'une arthrose piso-triquétrale. En revanche, se référant aux rapports médicaux, l'intimé est d'avis que celui-ci présente une CT entière dans une activité adaptée, ce que réfute le recourant.

b. Sur le plan orthopédique, la chambre de céans constate que tant le Dr C_____, que la CRR, où le recourant avait séjourné du 30 mai au 21 juin 2017, et le Dr D_____, médecin d'arrondissement de la SUVA, sont unanimes pour considérer que le recourant peut exercer une activité adaptée à 100 %, telle que gardien de musée ou employé à la réception (cf. rapport du Dr C_____ du 2 mars 2018).

b/aa. Cette appréciation, qui émane de médecins spécialisés dans les disciplines médicales pertinentes (à savoir l'orthopédie et la traumatologie) ayant examiné le recourant, emporte la conviction de la chambre de céans, d'autant plus qu'il a été relevé lors d'un stage d'orientation aux EPI que celui-ci peut effectuer une activité simple, telle que gardien de musée ou surveillant de nuit sans intervention. En outre, le recourant, inscrit au chômage en septembre 2018, recherche un emploi à plein temps.

b/bb. Le certificat du 28 mai 2019 et le rapport du 14 août 2019 du Dr E_____ ne sont d'aucun secours pour le recourant.

Le premier, établi par le Centre médico-chirurgical Vermont, atteste d'une CT nulle dès le 31 mai 2019 pour une durée probable jusqu'au 15 juin 2019 pour motif de maladie. Ce document ne contient aucune explication permettant de comprendre cette totale incapacité de travail. De toute manière, dès lors que le même établissement certifiait une pleine capacité de travail dès le 7 septembre 2018, l'arrêt de travail total à compter du 31 mai 2019 constitue un fait nouveau, postérieur à la décision querellée du 7 mai 2019. Aussi la chambre de céans ne saurait-elle en tenir compte. En effet, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent

normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références).

Quant au second rapport rédigé par le Dr E_____, qui fait état d'une chute survenue le 4 novembre 2018 - ayant entraîné des douleurs au niveau du genou gauche, un hématome sur la cuisse gauche et une contusion lombaire -, ainsi que d'une hernie discale L4-L5 au contact de la racine nerveuse, ce médecin n'atteste pas, contrairement à ce que prétend le recourant, que ces atteintes seraient incapacitantes. Du reste, aucun médecin n'a certifié une incapacité de travail en lien avec cet accident; les arrêts de travail au dossier émanent du Dr C_____ et concernent l'événement du 1^{er} novembre 2015.

c. Sur le plan psychiatrique, le recourant n'a produit qu'au stade de sa réplique un rapport du 25 juillet 2019 de la Dresse F_____, retenant un épisode dépressif moyen à sévère avec incidence négative sur la CT, et faisant état d'une aggravation de l'état de santé psychique depuis le 9 mai 2019.

Outre le fait que la Dresse F_____ rapporte essentiellement les indications subjectives du recourant sans préciser si les plaintes de ce dernier étaient expliquées par les constatations objectives - ainsi que l'a relevé le SMR dans son avis du 19 septembre 2019 -, on observe quoi qu'il en soit que, pour la période antérieure au 9 mai 2019, le dossier ne comprend aucun arrêt de travail pour des motifs psychiatriques. Le consilium psychiatrique du 31 mai 2017, qui reposait sur une évaluation médicale complète du recourant, retenait du reste un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive brève ayant suivi le licenciement du 29 septembre 2016, sans impact sur la CT. Quant à la péjoration de l'état de santé depuis le 9 mai 2019, postérieure à la décision attaquée du 7 mai 2019, elle sort de l'objet de la contestation et n'est pas de nature à influencer l'appréciation au moment où cette décision a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références).

d. En conséquence, la chambre de céans admet avec le Dr C_____, qui a procédé aux différentes interventions chirurgicales du recourant, et connaît bien la situation médicale de son patient, que ce dernier présente une CT nulle dans toute activité du 2 novembre 2015 au 3 juillet 2016, du 29 septembre 2016 au 28 février 2017, et du 4 septembre 2017 - date de la dernière opération - au 11 décembre 2017, et une CT entière dans une activité adaptée du 1^{er} mars 2017 (cf. son rapport du 15 mars 2017) au 3 septembre 2017, puis dès le 12 décembre 2017 (cf. son rapport du 2 mars 2018).

e. Au vu de ce qui précède, l'expertise requise par le recourant, est inutile, de sorte que, par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a; 122 III 219 consid. 3c), la chambre de céans n'y donnera pas suite.

10. Reste à déterminer le degré d'invalidité du recourant.
11. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser 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. 8 al. 1 et art. 16 LPGA).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait - au degré de la vraisemblance prépondérante - réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 et ATF 135 V 297 consid. 5.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances au moment de la naissance du droit à la rente et des modifications susceptibles d'influencer ce droit survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (ATF 129 V 222 consid. 4.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_869/2017 du 4 mai 2018 consid. 2.2).

Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas

de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3).

12. a. En l'occurrence, il convient de déterminer le taux d'invalidité que le recourant a présenté dès novembre 2016, soit à l'échéance d'une année d'attente à compter du 2 novembre 2015 (art. 28 al. 1 LAI).

Dès novembre 2016, les degrés d'incapacité de travail ont été pour rappel les suivants :

- de novembre 2016 au 28 février 2017 : une CT nulle dans toute activité;
- du 1^{er} mars 2017 au 3 septembre 2017 : une CT entière dans une activité adaptée;
- du 4 septembre au 11 décembre 2017 : une CT nulle dans toute activité;
- dès le 12 décembre 2017 : une CT entière dans une activité adaptée.

b. Comme l'a retenu à juste titre l'intimé, l'incapacité de travail totale dans toute activité correspond à une invalidité de 100 % et donne droit à une rente entière d'invalidité. En effet, lorsque le taux de CT est identique dans toute activité, soit tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, il n'y a pas lieu de procéder à une comparaison des gains; le taux d'invalidité se confond dans cette hypothèse avec le taux d'incapacité de travail (cf. ATAS/279/2017 du 11 avril 2017 consid. 17b).

c/aa. En ce qui concerne le degré d'invalidité que subit le recourant lorsque sa CT a été totale dans une activité adaptée dès le 1^{er} mars 2017 ainsi qu'à partir du 12 décembre 2017, dans la mesure où celui-ci n'exerce pas d'activité lucrative, il y a lieu de se référer aux statistiques salariales pour déterminer le revenu d'invalidité.

En ce qui concerne l'année de référence des tableaux statistiques à appliquer, l'ESS 2018 n'était pas encore publiée au moment déterminant de la décision du 7 mai 2019. Aussi convient-il de se référer à la version 2016 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3).

D'après l'ESS 2016, le revenu statistique tiré d'activités physiques ou manuelles simples s'élève à CHF 5'340.- par mois (tableau TA1_tirage_skill_level, niveau 1,

total, homme, part au 13^{ème} salaire comprise) ou à CHF 64'080.- par année ($5'340 \times 12$). Ce salaire hypothétique se base toutefois sur une durée hebdomadaire de travail de 40 heures, inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises. Il convient dès lors de l'ajuster à la durée hebdomadaire normale de travail en 2016, laquelle est de 41,7 heures (tableau « Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique » de l'office fédéral de la statistique), ce qui porte le salaire annuel à CHF 66'803.- ($64'080 \times 41,7 / 40 = 66'803.40$). Après adaptation de ce montant à l'évolution des salaires nominaux pour les hommes en 2017 - année déterminante pour la comparaison des revenus - (ISS; en 2016 : 2239 et en 2017 : 2249), le revenu avec invalidité est de CHF 67'102.- ($[66'803 \times 2249 / 2239] = 67'101.76$) pour un plein temps.

c/bb. L'intimé a opéré un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidité pour tenir compte des limitations fonctionnelles du recourant.

Dans son avis du 25 février 2019, le SMR a retenu que le recourant doit éviter le port de charges supérieures à 5 kg, la manipulation répétitive avec la main droite, les efforts de serrage, les vibrations, ainsi que les travaux de force avec la main et le poignet droit. Dans son avis ultérieur du 19 septembre 2019, se référant au rapport du 14 août 2019 du Dr E_____, le SMR a admis des limitations fonctionnelles supplémentaires d'épargne du rachis (soit l'alternance des positions, pas de position en porte-à-faux du rachis, et pas de rotations répétées du rachis) - alors que ce médecin n'a pas relevé que l'atteinte au niveau lombaire entraînait d'éventuelles limitations fonctionnelles et impactait, le cas échéant, négativement le recourant dans l'exercice d'une activité lucrative.

Selon la jurisprudence, si au regard des activités physiques ou manuelles simples que recouvrent les secteurs de la production et des services, un nombre suffisant d'entre elles correspondent à des travaux légers respectant les restrictions physiques de l'assuré, comme en particulier les activités de contrôle et de surveillance, une déduction supplémentaire sur le salaire statistique ne se justifie pas pour tenir compte des circonstances liées au handicap de l'assuré. En effet, un abattement n'entre en considération que si, dans un marché du travail équilibré, il n'y a plus un éventail suffisamment large d'activités accessibles à l'assuré (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_122/2019 du 10 septembre 2019 consid. 4.3.1.4. et la référence).

La question de savoir s'il se justifie ou non d'appliquer un abattement de 10 % au vu des limitations fonctionnelles du recourant peut rester ouverte, car de toute manière cette déduction supplémentaire ne changerait pas l'issue du litige comme on le verra.

On ajoutera que, contrairement à ce que fait valoir le recourant, la durée d'activité dans son activité habituelle, sa formation limitée, ses difficultés à s'exprimer en français et son âge, ne constituent pas, dans son cas, des éléments susceptibles d'avoir un effet sur le montant du salaire auquel celui-ci pourrait prétendre sur le marché du travail.

En effet, l'absence d'expérience et de formation ne joue pas de rôle lorsque le revenu d'invalide est déterminé en référence au salaire statistique auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives de niveau de compétences 1 (dès l'ESS 2012), lequel concerne une catégorie d'emplois ne nécessitant ni formation ni expérience professionnelle spécifique (arrêt 8C_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.2). De plus, tout nouveau travail va de pair avec une période d'apprentissage, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'effectuer un abattement à ce titre (arrêt du Tribunal fédéral 8C_103/2018, 8C_131/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.2 et la référence).

En outre, l'influence de la durée de service diminue dans la mesure où les exigences d'un emploi dans le secteur privé sont moins élevées. Ainsi, un abattement pour années de service n'est pas justifié dans le cadre du niveau de compétences 1 dès l'ESS 2012 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_883/2015, 8C_884/2015 du 21 octobre 2016 consid. 6.3.2 et les références).

Par ailleurs, le niveau de qualification professionnelle retenu par l'intimé ne nécessite en l'espèce pas une bonne maîtrise d'une langue nationale (cf. par exemple arrêts 9C_777/2015 du 12 mai 2016 consid. 5.3 et 9C_344/2015 du 25 novembre 2015 consid. 2.3). Au demeurant, les difficultés à s'exprimer en français n'ont pas empêché le recourant de trouver un travail en Suisse.

Quant à l'âge du recourant - 53 ans au moment de la naissance du droit à la rente en novembre 2016 -, il ne suffit pas de constater qu'un assuré a dépassé la cinquantaine au moment déterminant du droit à la rente pour que cette circonstance justifie de procéder à un abattement. Le Tribunal fédéral a rappelé que l'effet de l'âge combiné avec un handicap doit faire l'objet d'un examen dans le cas concret, les possibles effets pénalisants au niveau salarial induits par cette constellation aux yeux d'un potentiel employeur pouvant être compensés par d'autres éléments personnels ou professionnels tels que la formation et l'expérience professionnelle de l'assuré concerné (arrêt du Tribunal fédéral 8C_227/2017 du 17 mai 2018 consid. 5).

In casu, il ressort du curriculum vitae du recourant et de l'extrait de son compte individuel AVS qu'il a eu un parcours professionnel varié auprès de cinq employeurs à tout le moins (à savoir B_____ SA - plâtrier ; G_____ - charpentier, couvreur ; H_____ - charpentier manoeuvre ; Hotel I_____ - plongeur-nettoyeur ; Ferienhaus J_____ - plongeur-homme de ménage), de sorte qu'on peut admettre qu'il dispose d'une certaine capacité d'adaptation sur le plan professionnel susceptible, le cas échéant, de compenser les désavantages compétitifs liés à son âge, surtout dans le domaine des emplois non qualifiés qui sont, en règle générale, disponibles indépendamment de l'âge du recourant sur le marché équilibré du travail (arrêts du Tribunal fédéral 8C_403/2017 du 25 août 2017 consid. 4.4.1; 8C_805/2016 du 22 mars 2017 consid. 3.4.3). De plus, le recourant ne se trouve pas à un âge qui l'obligerait à mettre en valeur sa CT résiduelle sur le marché du travail à des conditions économiques plus défavorables que la moyenne, soit qui entraînerait un désavantage salarial. L'âge de 53 ans ne

correspond pas à celui ouvrant le droit à une rente de l'assurance-vieillesse et survivants permettant de parler d'un âge avancé déterminant (cf. ATAS/1041/2019 du 12 novembre 2019 consid. 16).

En définitive, en opérant une réduction de 10 % sur les salaires statistiques, le revenu d'invalidé, qui s'élèverait alors à CHF 60'391.80 ($67'102 - 6'710.20 [67'102 \times 10/100 = 6'710.20]$), comparé avec le revenu sans invalidité de CHF 74'267.- – non contesté par le recourant –, donnerait un degré d'invalidité de 18,68% ($[74'267 - 60'391.80] / 74'267 \times 100$), arrondi à 19 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2), taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité (art. 28 al. 2 LAI).

13. a. Reste à déterminer les dates auxquelles la rente d'invalidité entière - pour la période de novembre 2016 au 28 février 2017 et du 4 septembre au 11 décembre 2017 - doit, le cas échéant, être octroyée (et/ou supprimée).

b. 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.

c. En cas de décision simultanée sur l'octroi d'une rente et son remplacement par une autre rente ou même sa suppression, le changement est régi par l'art. 88a RAI, lequel prévoit que, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. En revanche, si l'incapacité de gain ou l'impotence d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

La modification du droit à la rente n'intervient qu'après l'écoulement de trois mois complets (cf. ATAS/218/2017 du 21 mars 2017 consid. 23b).

d. En l'occurrence, la rente entière à laquelle le recourant a droit du 1^{er} novembre 2016 au 31 mai 2017 (soit trois mois après l'amélioration de sa capacité de gain survenue le 1^{er} mars 2017) ne peut pas lui être versée en raison de la demande de prestations déposée tardivement le 8 mars 2017. Le versement de la rente ne peut en effet dans ce cas avoir lieu au plus tôt que le 1^{er} septembre 2017 (art. 29 al. 1 et 3 LAI). Cela étant, le recourant ne peut ensuite prétendre à la rente entière que le 1^{er} janvier 2018, soit trois mois après l'aggravation de son état de santé survenue le

4 septembre 2017 (voir ATAS/218/2017 du 21 mars 2017 consid. 24 à titre d'exemple). Or, au 1^{er} janvier 2018 et depuis lors, il ne subit aucune incapacité de gain justifiant l'octroi d'une rente invalidité.

Par conséquent, c'est à tort que l'intimé a mis le recourant au bénéfice d'une rente entière du 1^{er} septembre 2017 au 28 février 2018.

14. a. Enfin, contrairement à ce que semble croire le recourant, la rente entière ne peut pas lui être versée rétroactivement à partir du 1^{er} novembre 2016 sur la base du chiffre 2028 de la CIIAI.

b/aa. Selon l'art. 48 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 (ci-après : aLAI), le droit à des prestations arriérées était régi par l'art. 24 al. 1 LPGA (al. 1). Si l'assuré présentait sa demande plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations, en dérogation à l'art. 24, al. 1, LPGA, n'étaient allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. Elles étaient allouées pour une période antérieure si l'assuré ne pouvait connaître les faits donnant droit à prestation et qu'il présentait sa demande dans les douze mois dès le moment où il en avait eu connaissance (al. 2).

L'art. 24 al. 1 LPGA auquel la disposition précitée faisait référence, prévoit que le droit à des prestations ou à des cotisations arriérées s'éteint cinq ans après la fin du mois pour lequel la prestation était due et cinq ans après la fin de l'année civile pour laquelle la cotisation devait être payée.

Selon la jurisprudence, l'art. 48 al. 2 phr. 2 aLAI s'appliquait lorsque l'assuré ne savait pas et ne pouvait pas savoir qu'il était atteint, en raison d'une atteinte à la santé physique ou mentale, d'une diminution de la capacité de gain dans une mesure propre à lui ouvrir le droit à des prestations. Cette disposition ne concernait en revanche pas les cas où l'assuré connaissait ces faits, mais ignorait qu'ils donnaient droit à une rente de l'assurance-invalidité (ATF 102 V 112 consid. 1a). Autrement dit, « les faits donnant droit à des prestations (que) l'assuré ne pouvait pas connaître », étaient ceux qui n'étaient objectivement pas reconnaissables, mais non ceux dont l'assuré ne pouvait subjectivement pas saisir la portée (ATF 100 V 114 consid. 2c ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_48/2009 du 28 avril 2009 consid. 5.2).

b/bb. L'art. 48 aLAI a été abrogé au 31 décembre 2007 avec l'entrée en vigueur, au 1^{er} janvier 2008, de la modification de la LAI du 6 octobre 2005 (5^{ème} révision AI). Entre le 1^{er} janvier 2008 et le 31 décembre 2011, seul l'art. 24 al. 1 LPGA s'appliquait. Toutefois, selon le Tribunal fédéral, l'art. 48 al. 2 aLAI restait applicable dans les cas où l'incapacité de travail était survenue avant le 1^{er} janvier 2008 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_583/2010 du 22 septembre 2011). L'application de l'art. 48 al. 2 aLAI au-delà du 1^{er} janvier 2008 supposait non seulement que le délai d'attente d'une année ait commencé à courir avant le 1^{er} janvier 2008, mais également que la demande ait été déposée jusqu'au 31 décembre 2008 (soit dans les douze mois prévus par l'art. 48 al. 2 phr. 1 aLAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_896/2014 du 29 mai 2015 consid. 3.3).

b/cc. Ayant reconnu que la suppression de l'art. 48 aLAI avait engendré des effets non désirables (inégalités de traitement) sur la perception d'arriérés de certaines prestations (allocation pour impotent, mesures médicales et moyens auxiliaires; cf. Message du 24 février 2010 relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [6^{ème} révision, premier volet], FF 2010 1702 ch. 1.3.5.2), le législateur a réintroduit l'art. 48 LAI, dans sa version actuelle. À teneur de cette disposition, si un assuré ayant droit à une allocation pour impotent, à des mesures médicales ou à des moyens auxiliaires présente sa demande plus de douze mois après la naissance de ce droit, la prestation, en dérogation à l'art. 24 al. 1 LPGa, n'est allouée que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande (al. 1). Les prestations arriérées sont allouées à l'assuré pour des périodes plus longues aux conditions suivantes : il ne pouvait pas connaître les faits ayant établi son droit aux prestations (let. a); il a fait valoir son droit dans un délai de douze mois à compter de la date à laquelle il a eu connaissance de ces faits (let. b).

L'art. 48 LAI dans sa version actuelle ne s'applique toutefois qu'aux prestations évoquées (cf. FF 2010 1733 ch. 2 ad art. 48 LAI), de sorte que, s'agissant des rentes, il n'y a pas de lacune (arrêt du Tribunal fédéral 9C_896/2014 du 29 mai 2015 consid. 3.3).

c. Dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2017, le ch. 2028 CIIAI prévoyait que si l'assuré ne pouvait connaître les circonstances donnant droit à la rente ou s'il avait été objectivement empêché d'agir en temps utile pour cause de force majeure (par ex. lors d'une maladie psychique grave), des prestations lui étaient allouées rétroactivement à condition qu'il ait présenté une demande dans les douze mois suivant le moment où il avait pris connaissance des faits ou la cessation de l'empêchement (cf. art. 48 al. 2 LAI par analogie avec la pratique actuelle selon RCC 1988 p. 597, 1984 p. 420 s. consid. 1, 175 p. 134). (...) Dans ce cas, les prestations étaient accordées à l'assuré dès le moment où toutes les conditions étaient objectivement réalisées pour le droit à la rente. Le paiement des prestations arriérées ne s'effectuait toutefois rétroactivement qu'au maximum sur cinq ans à partir du mois auquel la demande avait été présentée.

Dans son arrêt 8C_544/2016 du 28 novembre 2016, le Tribunal fédéral a rappelé que l'art. 48 LAI ne visait que l'allocation pour impotent, les mesures médicales et les moyens auxiliaires, à l'exclusion du droit à la rente, lequel était soumis à l'art. 29 al. 1 LAI.

Suite à cet arrêt, le ch. 2028 CIIAI a été abrogé à compter du 1^{er} janvier 2018.

15. En l'espèce, l'incapacité de travail durable est survenue après le 1^{er} janvier 2008 et la demande de rente a été déposée après le 31 décembre 2008. Ainsi, seul l'art. 48 LAI dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012 est applicable.

Or, selon le texte clair de cette disposition, l'octroi de prestations arriérées ne concerne que les prestations énumérées à son alinéa 1, à savoir exclusivement

l'allocation pour impotent, les mesures médicales et les moyens auxiliaires, et non pas la rente d'invalidité (cf. ATAS/229/2020 du 16 mars 2020 consid. 7).

Par conséquent, le droit à une éventuelle rente d'invalidité ne peut naître que six mois après le dépôt de la demande de prestations, soit, dans le cas d'espèce, le 1^{er} septembre 2017 (cf. consid. 13d. ci-dessus).

16. a. Conformément à l'art. 61 let. d LPGA, le tribunal cantonal des assurances n'est pas lié par les conclusions des parties; il peut réformer, au détriment du recourant, la décision attaquée ou accorder à ce dernier plus qu'il n'avait demandé; il doit cependant donner aux parties l'occasion de se prononcer ou de retirer le recours. Cette disposition formalise, de manière plus générale, la jurisprudence concernant le respect du droit d'être entendu dans l'éventualité d'une *reformatio in pejus* (RJB 140/2004 consid. 2 et les références).
- b. Étant donné que la décision du 7 mai 2019 conclut, à tort, à l'octroi d'une rente d'invalidité entière du 1^{er} septembre 2017 au 28 février 2018, il y a lieu de procéder à sa *reformatio in pejus*, étant rappelé que la chambre de céans s'est conformée à la procédure prévue par l'art. 61 let. d LPGA en avertissant le recourant de son intention de réformer la décision attaquée à son détriment et en lui offrant la possibilité de retirer son recours, ce que le recourant n'a pas souhaité faire.
17. Partant, le recours, mal fondé, sera rejeté et la décision dont est recours réformée dans le sens des considérants.
18. Étant donné que la procédure n'est pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Réforme la décision du 7 mai 2019 en défaveur du recourant en ce sens que ce dernier n'a pas droit à une rente d'invalidité entière du 1^{er} septembre 2017 au 28 février 2018.
4. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant.
5. 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

Le président

Véronique SERAIN

Mario-Dominique TORELLO

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