

EN FAIT

1. Monsieur P_____ (ci-après l'assuré), né en 1953, au bénéfice d'un apprentissage d'horticulteur-paysagiste, a effectué des travaux dans le domaine du bâtiment, puis de menuiserie à plein temps depuis mars 2001 pour la société X_____ S.A.
2. Dès le 7 mars 2005, l'assuré a été en incapacité de travail totale.
3. Le 12 janvier 2006, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OAI) visant à l'octroi de mesures professionnelles.
4. Par rapport du 6 février 2006, la Dresse A_____, spécialiste FMH en neurologie, a indiqué que l'assuré était atteint du virus HIV ainsi que d'une myélopathie avec atteinte cordonale postérieure, d'un emphysème pulmonaire stable (suivi par le Dr B_____, spécialiste FMH en pneumologie). Le patient présentait des troubles de la marche avec un déséquilibre, des troubles de sensibilité aux membres inférieurs, présents depuis cinq ans mais avec une aggravation début 2005, et des troubles sensitifs aux mains. La capacité de travail dans l'activité exercée était nulle. Un travail ne nécessitant pas de déplacements, de précisions, d'efforts particuliers, ni la position debout, tel un travail de bureau, était envisageable. Un travail assis était possible.
5. Le 22 février 2006, la ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES (ci-après l'assureur perte de gain maladie) a adressé à l'OAI des rapports médicaux faisant état notamment de troubles de la sensibilité des quatre extrémités, d'origine indéterminée (rapport du 10 avril 2005 du Dr C_____, spécialiste FMH en neurologie).
6. Dans son appréciation du 18 mai 2006, le Service médical régional de l'OAI (ci-après le SMR) a retenu que la myélopathie rendait l'activité habituelle de l'assuré impossible dès le 7 mars 2005, mais qu'une activité adaptée était exigible à 100% dès cette date, soit une activité évitant les mouvements répétitifs et de force, la position au-dessus de l'horizontal, le port de charges, les positions penchées en avant en porte-à-faux, les mouvements de flexion et de torsion, les déplacements et les stations debout prolongées.
7. Après avoir mis l'assuré au bénéfice d'une mesure d'orientation, sous la forme d'un stage du 19 mai au 17 août 2008 auprès des Etablissements publics pour l'intégration (EPI) et d'un stage du 13 octobre au 30 novembre 2008 chez Y_____, l'OAI, par décision du 11 février 2009, confirmant un projet de décision du 23 décembre 2008, a nié le droit de l'assuré à une rente. Le SMR avait conclu à une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et à une capacité de travail entière dans une activité adaptée, de sorte que la comparaison de revenus avec et sans invalidité aboutissait à un degré d'invalidité de 24%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Cette décision n'a pas été contestée.

8. Du 2 au 25 juin 2009, l'assuré a effectué un stage auprès de Z_____ dans le secteur outillage/quincaillerie, comportant le conseil et la vente auprès de la clientèle, la tenue et le rangement des linéaires et la mise en rayon des arrivages. Son stage a été qualifié d'excellent.
9. Dans le cadre des mesures entreprises par l'assurance-chômage, auprès de laquelle l'assuré s'est inscrit, ce dernier a effectué un nouveau stage aux EPI du 10 août au 4 septembre 2009. Il a alors été constaté, par rapport du 2 novembre 2009, que l'assuré avait régulièrement des pertes d'équilibre en position debout, qu'il avait lâché ponctuellement des outils ou des pièces. Il avait de bonnes capacités dans l'utilisation d'outils manuels simples, mais rencontrait des difficultés dans la précision des gestes. L'assuré avait, par ailleurs, présenté de la fatigue et des troubles visuels dans les activités nécessitant une attention visuelle soutenue. Les postes d'opérateur dans des travaux sériels d'assemblage, d'usine ou de conditionnement ne semblaient pas adéquats, ni une activité sur ordinateur.
10. Par courrier du 6 janvier 2010, l'Office cantonal de l'emploi (ci-après l'OCE) a informé l'assuré du fait qu'au vu de l'évaluation précitée et des restrictions médicales, il ne pouvait lui proposer un placement.
11. Le 10 août 2010, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, tendant à l'octroi d'une rente.
12. Le 12 août 2010, l'OAI a expliqué à l'assuré qu'il lui appartenait de rendre plausible que son invalidité s'était aggravée depuis la décision de refus de rente du 11 février 2009.
13. Par rapport du 19 août 2010, le Dr B_____ a diagnostiqué une insuffisance respiratoire sur syndrome obstructif sévère et a décrit le suivi médical du patient depuis mai 2003.
14. Par projet de décision du 14 octobre 2010, l'OAI a informé l'assuré qu'il n'entendait pas entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations au motif qu'aucun élément médical ne signalait une aggravation de son état de santé.
15. Par rapport du 21 octobre 2010 adressé à l'OAI, le Dr D_____ de l'Unité VIH des HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (ci-après les HUG), a indiqué que l'examen neuropsychologique effectué le 12 mars 2010 avait montré que les troubles cognitifs de sévérité modérée étaient en augmentation par rapport au bilan effectué en mai 2005. Cet examen avait cependant également démontré la possibilité d'une amélioration de ces troubles sous traitement antirétroviral, de sorte que celui-ci avait été réintroduit en mars 2010. Au rendez-vous du 20 octobre 2010, le patient n'avait pas perçu d'amélioration. Le bilan immunovirologique du 13 septembre 2010 montrait pour la première fois depuis la reprise du traitement une virémie HIV. Les bénéfices de la trithérapie sur les fonctions cognitives ne pouvaient probablement être observés qu'après six mois d'un contrôle immunovirologique satisfaisant. Le médecin prévoyait ainsi un nouveau bilan

neuropsychologique en mars 2011 pour évaluer avec objectivité les progrès du patient sous traitement antirétroviral. Actuellement, la capacité de travail était nulle.

16. A la demande de l'OAI, le Dr B_____ a indiqué dans son rapport du 19 novembre 2010 qu'un travail de bureau serait potentiellement imaginable sans effort physique associé et dans un milieu non empoussiéré sur le plan pulmonaire. Il ne pouvait pas répondre pour les autres affections dont souffrait l'assuré.
17. Par rapport du 10 janvier 2011, le Dr D_____ a signalé que l'état de santé de son patient s'était aggravé. Les troubles neurocognitifs s'étaient stabilisés depuis l'introduction du traitement antirétroviral en mars 2010, une réévaluation des troubles cognitifs était prévue en mars 2011. Ces troubles étaient manifestes depuis septembre 2008 et occasionnaient une difficulté d'apprentissage et d'adaptation ainsi qu'une fatigabilité psychique importante. La reprise d'une activité physique était conditionnée par le résultat du bilan à effectuer.
18. Sur mandat de l'OAI, une expertise neuropsychologique a été confiée à Monsieur Q_____, psychologue. Celui-ci a conclu, le 7 juin 2011, à un tableau neuropsychologique stable par rapport à 2005 et à 2010. Les difficultés exécutives étaient constantes depuis 2005. Elles restaient légères ou avaient même évolué vers une amélioration depuis le bilan de 2010. La capacité de travail, d'un point de vue cognitif, était entière. Les troubles de santé n'empêchaient pas la conduite automobile. Le psychologue observait une difficulté en motricité fine aux membres supérieurs.
19. Par avis du 25 juillet 2011, le Dr E_____, médecin auprès du SMR, a relevé qu'il n'y avait pas d'indice en faveur d'une aggravation de l'infection HIV, de l'atteinte pulmonaire, ni des fonctions neuropsychologiques, avec effet durable sur la capacité d'exercer une activité adaptée aux limitations déterminées en 2005. Comme élément nouveau, ce praticien relevait des troubles de la motricité fine des membres supérieurs, observés lors d'un stage en 2009 et par l'expert neuropsychologue en juin 2011. Avant de mettre en œuvre une expertise neuropsychologique, il convenait de compléter le dossier médical avec les éléments que pourraient produire les médecins traitant.
20. Par rapport du 8 novembre 2011, la Dresse A_____ a diagnostiqué une ataxie sur syndrome cordonal postérieur d'origine médullaire, une polyneuropathie sensitive axonale, HIV positif et un traumatisme crânien remontant à 1975. L'assuré présentait depuis une dizaine d'années des troubles progressifs de sensibilité avec sensations de pieds ankylosés, remontant dans les chevilles et les mollets, qui entraînaient la perte de l'équilibre et des difficultés de marche. Depuis cinq à six ans, étaient apparues des paresthésies dans les mains. En janvier 2009, une légère aggravation de la polyneuropathie avait été observée par rapport à 2006. L'assuré se plaignait d'une diminution de la sensibilité dans les membres supérieurs et inférieurs, de douleurs au niveau des genoux et il notait une diminution de la dextérité dans les mouvements fins des doigts. Le travail de précision était

impossible. La capacité de travail ne pouvait être améliorée et des mesures de réadaptation professionnelle ne pouvaient réduire les restrictions évoquées.

21. Dans son avis du 29 novembre 2011, le SMR a relevé que l'OAI n'avait pas tenu compte, lors de l'instruction médicale de la première demande de prestations, du fait que l'assuré devait éviter les activités de précision, alors que cette limitation résultait déjà du rapport de la Dresse A_____ du 6 février 2006. En raison de cette omission, il fallait retenir une limitation fonctionnelle supplémentaire, qui était déjà présente dans le passé. Globalement, l'état de santé de l'assuré ne s'était pas modifié et sa capacité de travail dans une activité adaptée tenant compte de toutes les limitations fonctionnelles, restait entière depuis le 7 mars 2005.
22. Par projet de décision du 13 février 2012, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait rejeter sa demande de prestations.
23. Le 7 mars 2012, l'assuré s'est prévalu d'une aggravation de son état de santé et a requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.
24. Le SMR a indiqué qu'il n'y avait aucun élément médical objectif susceptible de faire modifier son avis du 29 novembre 2011.
25. Par décision du 17 août 2012, l'OAI a nié le droit de l'assuré à une rente, au motif que son état de santé ne s'était pas modifié et que sa capacité de travail restait entière, depuis le 7 mars 2005, dans une activité adaptée.
26. Par acte expédié le 18 septembre 2012, l'assuré, représenté par son conseil, a interjeté recours contre la décision, concluant, à titre préalable, à ce qu'une expertise pluridisciplinaire soit mise en œuvre, et principalement, à l'annulation des décisions des 11 février 2009 et 17 août 2012 et à la mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité "depuis la date que justice dira".

Il expose qu'en 2009, il n'avait pas été tenu compte des problèmes de sensibilité affectant ses mains, problèmes toutefois relevés par le Dr C_____ en 2005 et constatés lors du stage qu'il avait effectué en 2008. Il n'avait ainsi, en 2008 déjà, pas d'aptitude pour les travaux fins. De surcroît, la coordination occulo-manuelle était faible. Ces points, ainsi que l'existence d'un problème au tunnel carpien, le syndrome cordonal postérieur mentionné en juin 2005, l'atrophie de la moëlle cervicale et la discarthrose constatés en février 2006, le syndrome obstructif sévère au niveau des poumons ainsi que le léger dysfonctionnement exécutif et des performances mnésiques avaient été ignorés dans la première décision. Il n'avait pas non plus été tenu compte du fait que le recourant ne pouvait travailler dans un environnement poussiéreux. Le recourant n'avait, en outre, pas été examiné, le SMR s'étant uniquement basé sur des rapports médicaux. Au vu de la complexité de ces pathologies, il convenait de retenir que la première décision de refus de rente du 11 février 2009, mal instruite sur le plan médical, était erronée de sorte que le recourant sollicitait sa reconsidération.

La seconde décision tenait également insuffisamment compte de l'ensemble de ses affections. Le syndrome obstructif sévère demeurait important, comme l'étaient également les troubles de la marche. Les HUG avaient, par ailleurs, constaté une surcharge psychologique le 28 mars 2011. Un probable syndrome fémoro-patellaire est évoqué, mais pas intégré dans la seconde décision. Il n'est pas non plus tenu compte de la dilatation de l'aorte abdominale et de la racine aortique présente depuis 2010. Le neuropsychologue mis en œuvre par l'intimé avait constaté une difficulté en motricité fine, mais s'était dit incompetent pour évaluer les limitations fonctionnelles sur le plan neurologique. Enfin, la Dresse A_____ mentionnait dans son rapport du 8 novembre 2011, un traumatisme crânio-cérébral en 1975 - mentionné pour la première fois - et une polyneuropathie sensitive axonale. Il s'agissait d'un diagnostic nouveau, constituant une aggravation. En outre, ce médecin attestait d'une aggravation de la polyneuropathie entre 2006 et 2009. La situation médicale nécessitant d'être davantage investiguée, le recourant sollicitait une expertise pluridisciplinaire. Enfin, il demandait qu'il soit tenu compte de son âge, à savoir 59 ans au moment de la seconde décision, dans l'appréciation de ses chances de réintégrer le marché du travail.

27. Par réponses des 16 et 18 octobre 2012, l'intimé conclut au rejet du recours. Il fait valoir que la première décision est valablement entrée en force, de sorte qu'il convient ainsi uniquement de déterminer si une détérioration notable de l'état de santé du recourant est survenue depuis février 2009. Or, l'expert neuropsychologue n'en constatait pas et le Dr B_____ évoquait même une lente amélioration. Par ailleurs, aucun indice ne laissait penser à une atteinte psychique. Les limitations fonctionnelles existant suite à la nouvelle demande de prestations, selon l'avis du SMR du 29 novembre 2011 établi par le Dr F_____, étaient identiques à celles constatées lors de la première demande. Enfin, à 59 ans, le recourant ne pouvait être qualifié de proche de l'âge de la retraite.
28. Dans sa réplique du 8 novembre 2012, le recourant souligne que les limitations fonctionnelles retenues dans la décision de 2009 étaient incomplètes. Par ailleurs, la seconde décision faisait fi des atteintes cardiologiques et de la neuropathie, soit des éléments nouveaux. Enfin, le Dr F_____ n'était pas répertorié dans l'annuaire FMH.
29. Par duplique du 30 novembre 2012, l'intimé fait valoir qu'une procédure de reconsidération de la décision initiale ne peut trouver application dans le cadre de la procédure judiciaire et que le Dr F_____ est médecin praticien FMH, selon l'extrait informatique produit du site www.doctorfmh.ch.
30. Le 17 janvier 2013, la Cour de céans a informé les parties de son intention de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire neurologique, pneumologique et d'infectiologie et les a invitées à se déterminer sur le choix des experts et les questions qu'elle souhaitait leur poser.

31. L'intimé a indiqué ne pas avoir de motifs de récusation, ni de questions complémentaires à poser. Le recourant a relevé que le volet psychiatrique devait être investigué, afin d'évaluer ses ressources psychologiques pour des mesures professionnelles. Par ailleurs, le neurologue devrait recevoir l'ordre de faire procéder à des tests neuropsychologiques, en vue de préciser d'éventuelles limitations fonctionnelles d'ordre cognitif.
32. Le 26 février 2013, le recourant a produit un rapport établi par le Dr G _____ suite à une évaluation neurologique effectuée le 21 janvier 2013.
33. Le 28 février 2013, la Cour de céans a ordonné la mise en œuvre d'une expertise et l'a confiée au Prof. H _____, spécialiste FMH des maladies infectieuses, au Dr I _____, spécialiste FMH en neurologie et au Dr J _____, spécialiste FMH en pneumologie. La Cour de céans a notamment constaté qu'il apparaissait, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, que l'état de santé du recourant s'était péjoré. Les rapports médicaux ne permettaient toutefois pas de déterminer depuis quand la péjoration existait, ni dans quelle mesure l'état de santé du recourant avait évolué et restreint sa capacité de travail. Enfin, la Cour de céans a estimé qu'elle ne pouvait revoir la décision initiale du 11 février 2009 entrée en force, comme le lui demandait le recourant (ATAS/206/2013).
34. Par rapport du 12 mai 2013, le Dr J _____ a diagnostiqué une broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) de classe D selon GOLD 2012 sans insuffisance respiratoire. Globalement, l'état de santé sur le plan respiratoire était resté relativement stable depuis février 2009. Par contre, étant donné que l'augmentation du nombre d'exacerbations respiratoires avait un impact réel sur la baisse de la qualité de vie, il y avait eu une péjoration de l'état de santé respiratoire depuis 2009. S'agissant des limitations fonctionnelles, il convenait d'éviter les activités demandant une activité physique significative, soit les activités nécessitant la marche ou les changements de positions fréquents, le travail avec les bras au-dessus de la tête, tout port de charge lourde, le fait de monter sur une échelle et de monter les escaliers. En résumé, seul un travail en position assise ou, pour des marches, dans un petit périmètre sans être exposé à des poussières, pourrait être proposé si l'on prenait en compte uniquement l'atteinte respiratoire. L'atteinte pneumologique avait des répercussions sur la capacité de travail du recourant et l'invalidité médicale théorique en août 2010 pouvait être estimée à 50%. Le traitement médical semblait tout à fait adéquat et était pris de manière sérieuse par le recourant vu l'amélioration progressive de la fonction respiratoire depuis 2003, qui avait atteint un plateau depuis 2009. Selon l'expert, une réhabilitation respiratoire serait inefficace en raison de la problématique neurologique qui constituait l'élément limitant de la capacité de travail. D'un point de vue respiratoire, des mesures de réadaptation professionnelles étaient envisageables, mais les troubles neurologiques constatés étaient certainement des éléments-clés empêchant une réadaptation professionnelle. Enfin, l'expert doutait que la

problématique respiratoire diminue de façon significative dans les cinq à six prochaines années.

35. Par rapport du 3 juin 2013, le Dr I_____ a diagnostiqué une maladie HIV stade B2 compliquée d'une broncho-pneumopathie chronique obstructive, d'une HIV-associated neurocognitive disorders (HAND), d'une myélopathie HIV avec atrophie et hypersignal des cordons postérieurs et d'une polyneuropathie axonale sensitivomotrice et autonome d'étiologie toxico-carentielle ou liée à l'infection HIV, une forme polynévritique, douloureuse et symétrique. Depuis février 2009, il existait une discrète péjoration de l'état de santé du recourant. Ce dernier présentait une sévère limitation fonctionnelle, soit une démarche difficile, instable, limitant le périmètre de marche, associée à une perte progressive de sa dextérité manuelle. Le recourant ne pouvait reprendre une activité professionnelle nécessitant une position verticale prolongée; seule une position assise avec un travail manuel relativement grossier était compatible avec son état de santé actuel. L'atteinte neurologique avait une répercussion significative sur sa capacité de travail. Le recourant présentait une invalidité liée à un trouble neurocognitif modeste, à une perte de sa dextérité manuelle, perte partielle, mais surtout à une instabilité en position verticale, limitant une activité quelconque effectuée soit en position verticale soit en se déplaçant, aussi bien sur un terrain stabilisé qu'accidenté, compte tenu des répercussions des troubles proprioceptifs sur l'équilibre, l'expertisé ne se rendant pas compte, ou du moins que partiellement, du positionnement dans l'espace de ses membres inférieurs. Il présentait un taux d'incapacité de travail d'au moins 60% dans une activité adaptée et ce taux avait un peu évolué depuis août 2010. Le patient ne bénéficiait d'aucune approche thérapeutique susceptible d'améliorer ou du moins de stabiliser la problématique neurologique. Les mesures médicales que proposait l'expert pouvaient contribuer à améliorer sa capacité de travail dans une activité adaptée, précédée d'une réadaptation en milieu spécialisé. Le recourant pouvait participer à des mesures de réadaptation professionnelle car il possédait encore des capacités résiduelles aussi bien cognitives que physiques pour être intégré dans un programme de réadaptation, par exemple un travail en position assise, en évitant un travail de force, par exemple comme chauffeur-livreur avec transfert de marchandises ne dépassant pas une vingtaine de kilos. Enfin, le pronostic de la maladie HIV était bon et le déficit cognitif semblait stabilisé. La seule inquiétude était la légère péjoration de l'ataxie proprioceptive liée à l'atteinte médullaire et à la polyneuropathie sensitivomotrice et autonome.
36. Par rapport du 23 juillet 2013, le Prof. H_____ a diagnostiqué une maladie HIV stade B2, des troubles cognitifs de sévérité modérée dans le contexte d'un possible HAND (HIV associated neurologic disease), une myélopathie cervicale avec atteinte cordonale postérieure à l'origine d'importants troubles de la marche et de la sensibilité, un syndrome obstructif chronique de sévérité moyenne, un anévrisme aortique de petite taille asymptomatique, un status post pneumonie à pneumocoque, un ulcère de l'estomac et une insuffisance rénale aiguë réversible. A la question de

savoir si l'état de santé s'était péjoré depuis février 2009, l'expert a noté que s'agissant de la maladie HIV, on notait une progression quant au stade qui passait de A1 après la séroconversion en 2004, soit asymptomatique avec une immunité normale, au stade B2, soit des symptômes légers et une baisse de l'immunité dès fin 2009. Le recourant se plaignait d'une péjoration continue des troubles de la marche et des douleurs des membres inférieurs qu'il était difficile pour l'expert d'apprécier sans pouvoir comparer son status à un autre plus ancien. La trithérapie introduite en mars 2010 n'avait pas beaucoup influencé les troubles cognitifs, qui restaient handicapants, mais cette limitation fonctionnelle semblait toutefois peu importante. Les troubles de la marche et l'atteinte de la sensibilité des quatre membres entraînaient une importante limitation fonctionnelle en raison de la grande difficulté du recourant à se mouvoir et à utiliser la motricité fine de ses membres supérieurs (écrire et taper sur un clavier par exemple). L'expert a indiqué que le diagnostic neurologique était à l'origine de l'importante réduction de la capacité de travail du recourant, qui ne peut se déplacer qu'avec peine, qui éprouve d'importantes difficultés à utiliser ses membres supérieurs et qui présente des troubles cognitifs. L'incapacité de travail en août 2010 était d'environ 80% et n'avait malheureusement pas évolué depuis. Les traitements médicamenteux étaient adéquats et la compliance avec le traitement HIV était excellente. Une réadaptation professionnelle était peu envisageable car il était difficile d'envisager une profession qui ne nécessite ni déplacements (la marche s'effectuait avec beaucoup trop de difficultés), ni la motricité fine des mains (écriture, travail informatique), ni une réflexion avancée (troubles cognitifs). Enfin, le pronostic de la maladie HIV était très bon au vu de l'excellente observance du patient.

37. Par rapport du même jour, les experts ont répondu en consilium aux questions posées par la Cour de céans. Ils ont indiqué qu'il existait depuis février 2009 une légère péjoration de l'état de santé du recourant. Sur le plan pulmonaire, il y avait une augmentation des exacerbations de la bronchite chronique, qui restait toutefois fonctionnellement stable. Sur le plan neurologique, ils retenaient une péjoration neurophysiologique et une ataxie sévère malgré un examen IRM stable. Enfin, sur le plan infectiologique, ils constataient un passage de la catégorie CDC de la maladie HIV A1 à B2, soit une progression de la maladie, même si celle-ci était bien contrôlée au moyen de la trithérapie actuelle.

S'agissant des limitations engendrées par les diagnostics, les experts ont expliqué que les troubles entraînaient une sévère limitation fonctionnelle, en particulier l'important syndrome ataxique lié à une myélopathie cordonale postérieure compliquée d'une polyneuropathie axonale sensitivomotrice et autonome avec une démarche difficile, instable, limitant son périmètre de marche, associée à une perte progressive de sa dextérité manuelle. Par contre, sur le plan cognitif, il n'y avait pas de limitation significative dans l'accomplissement d'une activité domestique ou professionnelle basique dans son quotidien. Le recourant devait éviter les activités physiques significatives, celles nécessitant la marche ou les changements de

positions fréquents, le travail avec les bras au-dessus de la tête, tout port de charge lourde et les milieux empoussiérés. En résumé, le recourant ne pouvait actuellement reprendre une activité professionnelle nécessitant une position verticale prolongée. Seule une position assise avec un travail manuel relativement grossier était compatible avec son état de santé actuel.

Les experts ont considéré qu'une activité lucrative adaptée n'était raisonnablement pas exigible de la part du recourant. Il existait une importante diminution de rendement qui atteignait au mieux 40%. Selon eux, des mesures de réadaptation professionnelles n'étaient pas envisageables et le pronostic semblait très sombre, voire nul.

Enfin, les experts ont fait observer qu'ils seraient probablement déjà arrivés aux mêmes conclusions en 2009.

38. Par pli du 7 septembre 2013, le recourant fait valoir que les expertises, qui ont pleine valeur probante, confirment l'aggravation de son état de santé depuis 2009. Au vu de la situation décrite par les experts, il y avait lieu de conclure à une invalidité totale.
39. Par courrier du 10 septembre 2013, l'intimé explique avoir soumis les expertises au SMR. Par avis du 9 septembre 2013, auquel l'intimé se réfère intégralement, la Dresse K_____, médecin auprès du SMR, relève que les conclusions en consilium rendues par les experts concernant la capacité de travail dans une activité adaptée ne sont pas claires. L'intimé est d'avis qu'il convient donc de réinterroger les experts sur le taux de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée et son évolution depuis 2009.
40. A la demande de la Cour de céans, les experts ont précisé par courrier du 7 octobre 2013, qu'il n'existe pas d'activité adaptée au handicap actuel du recourant ou peut-être une activité minime de bureau simple. S'agissant de l'évolution de la capacité dans le temps, les experts ont expliqué qu'ils avaient observé depuis février 2009, une légère péjoration des trois systèmes pneumologique, neurologique et infectiologique. La progression de la maladie HIV était inéluctable compte tenu de sa nature, étant rappelé qu'elle s'était manifestée pour la première fois par un trouble modéré de la marche au début des années 2000.
41. Par pli du 1^{er} novembre 2013, le recourant a relevé que les réponses des experts étaient claires et allaient dans le sens de ce qu'il avait déjà expliqué à plusieurs reprises.
42. Par courrier du 7 novembre 2013, l'intimé se réfère à l'avis de la Dresse K_____ daté du 6 novembre 2013, dont il joint une copie. Selon ce médecin, il résulte avec clarté des dernières explications des experts que la capacité de travail du recourant est nulle dans toute activité dès février 2009. Il convenait de suivre leurs conclusions claires, motivées et cohérentes. Selon l'intimé, il apparaît donc que la décision rendue le 11 février 2009 peut être considérée comme manifestement erronée.

43. Après avoir adressé une copie de ce courrier au recourant, la Cour de céans a gardé la cause à juger.

EN DROIT

1. La Cour de céans a déjà examiné, dans son ordonnance du 28 février 2013, les questions de sa compétence et de la recevabilité du recours interjeté contre la décision du 17 août 2012, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'y revenir ici (ATAS/206/2013).
2. A 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.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, la décision litigieuse du 17 août 2012 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI suscitées. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives aux 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

4. Dans ses écritures des 18 septembre et 8 novembre 2012, le recourant conclut à la reconsidération de la décision initiale de refus de rente du 11 février 2009, au motif qu'elle serait manifestement erronée. Suite aux conclusions auxquelles sont parvenus les experts, l'intimé estime également que sa décision initiale de refus de rente est manifestement erronée (écriture du 7 novembre 2013).

5. La reconsidération d'une décision entrée en force est expressément prévue à l'art. 53 al. 2 LPGA. L'assureur peut revenir sur les décisions formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable.

L'administration ne peut être tenue ni par la personne concernée, ni par le juge saisi à procéder à la reconsidération d'une décision formellement passée en force et il n'existe dès lors aucun droit judiciairement imposable à la reconsidération (ATF 133 V 50 consid. 4.2.1 et 4.2.2; ATF 119 V 475 consid. 1b/cc; ATF 117 V 8 consid. 2a; ATF non publié 9C_447/2007 du 10 juillet 2008, consid. 1). En revanche, lorsque l'administration entre en matière sur une demande de reconsidération, se prononce sur la réalisation des conditions requises pour y procéder, mais confirme sa décision initiale, la nouvelle décision peut donner lieu à un recours, l'objet du litige étant toutefois limité, en pareil cas, aux questions de savoir si la décision formellement passée en force était certainement erronée et/ou si sa rectification revêt une importance notable (ATF 117 V 8 consid. 2a et consid. 2d).

6. En l'occurrence, comme l'a déjà relevé la Cour de céans dans son ordonnance d'expertise du 28 février 2013, la procédure ayant abouti à la décision querellée ne se situe pas dans le cadre d'une demande de reconsidération de la décision du 11 février 2009, mais uniquement dans le contexte d'une éventuelle aggravation de l'invalidité du recourant depuis cette date. Par ailleurs, le fait que l'intimé estime, suite aux conclusions de l'expertise judiciaire, que sa décision initiale est manifestement erronée, ne saurait, quoi qu'il en soit, permettre à la Cour de céans de procéder, dans le cadre de la présente procédure, à la reconsidération de cette décision.

Par conséquent, la conclusion du recourant tendant à la reconsidération de la décision du 11 février 2009 doit être déclarée irrecevable. Sa demande de reconsidération sera renvoyée à l'intimé, à charge pour ce dernier de rendre une décision sur cette demande.

7. L'objet du litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a refusé le droit du recourant à une rente suite à sa nouvelle demande de prestations déposée le 10 août 2010, étant rappelé que le droit à la rente a été initialement nié par décision du 11 février 2009, entrée en force.
8. Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI; RS 831.201; ATF 109 V 262 consid. 3). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus amples examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter

les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b ; ATF 117 V 198 consid. 4b et les références).

Quand l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, elle doit examiner la cause sur le fond et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré a effectivement eu lieu (ATF 117 V 198 consid. 3a). Selon la jurisprudence, elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Ainsi, le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; ATF 125 V 368 consid. 2 et la référence). Selon la jurisprudence, aussi bien dans le cadre d'une nouvelle demande au sens de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 71 consid. 3) que dans celui d'une révision d'une rente au sens de l'art. 17 LGPA (ATF 133 V 108 consid. 5), c'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité.

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

9. 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). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1^{er} LPGA).

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 114 V 310 consid. 3c; ATF 105 V 156 consid. 1).

10. 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a ainsi posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3).

Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le Tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

11. Par ailleurs, le juge des assurances sociales 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. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 126 V 360 consid. 5 let. b ; 125 V 195 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 322 consid. 5a).

12. En l'occurrence, l'intimé a, par une première décision du 11 février 2009 entrée en force, refusé au recourant l'octroi d'une rente. Les atteintes somatiques dont il souffrait ne lui permettaient plus d'exercer son activité habituelle depuis le 7 mars 2005, mais l'exercice d'une activité adaptée à 100% était exigible de sa part depuis cette date.

Suite à la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant le 10 août 2010, l'intimé a procédé à une instruction médicale. En se fondant sur l'avis du SMR du 29 novembre 2011, l'intimé a retenu que l'état de santé du recourant ne s'était pas modifié et que la capacité de travail dans une activité adaptée restait entière dès le 7 mars 2005, ce que conteste le recourant.

Dans le cadre de la présente procédure, le recourant a été soumis à une expertise neurologique, pneumologique et d'infectiologie.

Par rapports des 12 mai, 3 juin, 23 juillet et 7 octobre 2013, le Dr J_____, spécialiste FMH en pneumologie, le Dr I_____, spécialiste FMH en neurologie, et le Prof. H_____, spécialiste en maladies infectieuses, ont diagnostiqué une maladie HIV stade B2 compliquée d'une broncho-pneumopathie chronique obstructive de classe D sans insuffisance respiratoire, d'une HIV-associated neurocognitive disorders (HAND), d'une myélopathie HIV avec atrophie et hypersignal des cordons postérieurs et d'une polyneuropathie axonale sensitivomotrice et autonome d'étiologie toxico-carentielle ou liée à l'infection HIV, une forme polynévritique, douloureuse et symétrique.

Les experts ont expliqué qu'ils avaient observé depuis février 2009, une légère péjoration des trois systèmes pneumologique, neurologique et infectiologique avec, sur le plan pulmonaire, une exacerbation de la bronchite chronique du recourant, sur le plan neurologique, une péjoration neurophysiologique avec une ataxie sévère malgré une stabilité de l'imagerie et enfin, sur le plan infectiologique, le passage de la catégorie CDC de la maladie HIV A1 à B2, soit une progression de la maladie, même si cette dernière est bien contrôlée au moyen de sa trithérapie actuelle.

S'agissant des limitations engendrées par les diagnostics, les experts ont retenu que les troubles entraînent une sévère limitation fonctionnelle chez le recourant, en particulier l'important syndrome ataxique lié à une myélopathie cordonale postérieure compliquée d'une polyneuropathie axonale sensitivomotrice et autonome avec une démarche difficile, instable, limitant son périmètre de marche, associée à une perte progressive de sa dextérité manuelle. Le recourant devait éviter les activités physiques significatives, celles nécessitant la marche ou les changements de positions fréquents, le travail avec les bras au-dessus de la tête, tout port de charge lourde et les milieux empoussiérés. Le recourant ne pouvait reprendre une activité professionnelle nécessitant une position verticale prolongée. Il n'existait pas d'activité adaptée au handicap actuel du recourant, ou peut-être une

activité minimale de bureau simple. Selon les experts, l'exercice d'une activité adaptée ne pouvait être raisonnablement exigible de la part du recourant. Enfin, ils ont relevé qu'ils seraient probablement déjà arrivés aux mêmes conclusions en 2009.

La Cour de céans constate que les rapports établis par les trois experts se basent sur des examens du recourant et sur son dossier médical. Les anamnèses sont complètes et les plaintes ont été prises en considération. Les descriptions et les appréciations de la situation médicale sont claires. Les experts se sont exprimés sur l'évolution de l'état de santé du recourant, sur sa capacité de travail et sur ses limitations fonctionnelles. Enfin, ils ont dûment expliqué et motivé leur point de vue. Leurs conclusions sont cohérentes et convaincantes.

Il s'ensuit que les rapports d'expertise remplissent en tous points les réquisits jurisprudentiels pour que leur soit accordée une pleine valeur probante, ce que les parties reconnaissent également.

Par ailleurs, il convient de relever qu'aucun autre spécialiste n'a émis une opinion contraire apte à mettre sérieusement en doute la pertinence des conclusions des experts et que le SMR estime qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter (avis du 6 novembre 2013).

Il sera par conséquent retenu qu'en raison des atteintes à la santé dont souffre le recourant, celui-ci présente une incapacité de travail totale dans toute activité à compter de février 2009.

Force est donc de constater que la capacité de travail du recourant s'est effectivement péjorée depuis la décision initiale du 11 février 2009, puisque celle-ci avait retenu que le recourant présentait, en raison de ses atteintes somatiques, une incapacité de travail certes totale dans son activité habituelle dès le 7 mars 2005, mais une capacité de travail entière dans une activité adaptée depuis cette date.

13. Reste encore à examiner le degré d'invalidité que présente le recourant.
14. a) 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).

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).

b) En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), 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 LPGGA) d'au moins 40 % en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) 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 LPGGA.

La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 3 LAI).

15. En l'occurrence, il n'est pas contesté que depuis le 7 mars 2005, le recourant présente une incapacité de travail totale dans son activité habituelle et qu'à compter de février 2009, sa capacité de travail dans une activité adaptée est nulle. L'incapacité de travail totale dans toute activité correspond à une invalidité de 100%, laquelle donne droit à une rente entière.

Le recourant ayant déposé sa demande de prestations le 10 août 2010, le droit à la rente entière a pris naissance le 10 février 2011, soit à l'échéance de six mois à compter du dépôt de la demande de prestations.

Compte tenu de ce qui précède, le recourant a droit à une rente entière dès le 1^{er} février 2011.

16. Par conséquent, le recours sera admis et la décision litigieuse annulée, le recourant ayant droit à une rente d'invalidité entière dès le 1^{er} février 2011. La demande de reconsidération de la décision du 11 février 2009 sera renvoyée à l'intimé, à charge pour ce dernier de rendre une décision sur cette demande.
17. Le recourant, représenté par un conseil et obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 2'000 fr. lui est accordée à titre de dépens [art. 61 let. g LPGGA et 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA-GE – E 5 10)]. La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de 200 fr. sera mis à la charge de l'intimé.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours interjeté contre la décision du 17 août 2012 recevable.
2. Déclare irrecevable la demande de reconsidération de la décision du 11 février 2009.

Au fond :

3. Admet le recours et annule la décision de l'intimé du 17 août 2012.
4. Dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} février 2011.
5. Renvoie la cause à l'intimé pour calcul des prestations.
6. Renvoie à l'intimé la demande de reconsidération de la décision du 11 février 2009, à charge pour lui de rendre une décision sur cette demande.
7. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de 2'000 fr. au titre de dépens.
8. Met un émolument de 200 fr. à charge de l'intimé.
9. 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

Brigitte BABEL

Francine PAYOT ZEN-
RUFFINEN

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