

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3373/2014

ATAS/206/2015

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 17 mars 2015

1^{ère} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié c/o Madame B_____, au GRAND-LANCY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Pierre-Bernard PETITAT

recourant

contre

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

intimé

Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré), né en 1957, est au bénéfice d'un certificat fédéral de capacité de peintre en bâtiment, activité qu'il a exercée en tant qu'employé de diverses sociétés et dans le cadre de missions temporaires.
2. Le 24 mars 1990, l'assuré a subi une fracture de l'humérus gauche dont les suites ont été prises en charge par la SUVA (ci-après l'assureur-accidents).
3. Le 27 avril 1999, l'assuré a déposé une première demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI).
4. Le 10 mai 1999, le docteur C_____, médecin assistant de la polyclinique des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG), a diagnostiqué notamment un status après ostéosynthèse de l'humérus gauche en 1990 et un virus de l'immunodéficience humaine (ci-après VIH) sous trithérapie antirétrovirale depuis 1997. Le patient se plaignait alors d'asthénie invalidante dans le cadre de son travail ainsi que de douleurs au bras gauche. Dans la profession déjà exercée, la capacité de travail était de quatre heures par jour avec un rendement prévisible total. Dans une autre profession, l'assuré pouvait travailler toute la journée.
5. Par rapport du 19 février 2001, le docteur D_____ des HUG a confirmé l'asthénie et relevé des résistances multiples du VIH sur certains médicaments. Était en outre exposé un problème d'observation du traitement prescrit, lié à un mode de vie irrégulier et à un probable refus psychologique de la maladie. Dans sa profession, la capacité de travail de l'assuré était fixée à une demi-journée.
6. A la demande de l'OAI, la doctoresse E_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a, par rapport du 13 mai 2003, diagnostiqué, avec répercussions sur la capacité de travail de l'assuré, un VIH sous trithérapie depuis 1997. Sans effet sur sa capacité de travail, un status après fracture supra-condylienne de l'humérus gauche, ostéosynthésée, une fracture des plaques d'ostéosynthèse et une pseudarthrose hypertrophique avec cal vicieux en varus de l'humérus distal gauche. S'agissant de l'atteinte au bras gauche, une activité professionnelle à 100% comme "peintre tapissier", droitier, pouvait théoriquement être exercée, sans diminution de rendement. Concernant le diagnostic principal, l'experte relevait un manque de respect du traitement, ce que le patient admettait. Un état dépressif était sous-jacent. Les effets secondaires aux médicaments, tels que fatigabilité, maux de tête, diarrhées, étaient compatibles avec les traitements prescrits. Les limitations mentales ou psychiques lui semblaient certainement importantes et à évaluer (fatigue, effets secondaires liés à la prise de médicaments, état dépressif).
7. Par rapport du 10 mars 2005, la doctoresse F_____, spécialiste FMH en prévention et santé publique aux HUG, a relevé que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé. Il n'y avait pas de changement dans les diagnostics mais un état d'immunodépression sévère, dû à une rupture du suivi thérapeutique. L'examen clinique était sans particularité, les plaintes subjectives (fatigue) non objectivées, mais confirmées par les résultats biologiques. Pour le surplus, le pronostic

dépendait entièrement du respect du traitement. L'activité habituelle n'était pas exigible. Dans un travail de bureau, avec des tâches physiques limitées, la capacité de travail était de six heures par jour avec une baisse de rendement; le patient étant très diminué physiquement par son infection VIH chronique.

8. Par décisions des 8 août 2005 et 28 février 2006, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente à l'assuré, dès lors que l'exercice de son activité habituelle de peintre en bâtiment était toujours exigible d'un point de vue orthopédique et que l'atteinte à la santé actuelle découlait d'un manque de déférence au traitement.
9. Par arrêt du 12 septembre 2006, le Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après le TCAS), alors compétent, a admis le recours interjeté par l'assuré, a annulé les deux décisions précitées et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire (ATAS/785/2006).
10. A la demande de l'OAI, par rapport du 30 juin 2008, le docteur G_____, spécialiste FMH en infectiologie et médecine interne, et le docteur H_____, médecin assistant auprès du service d'infectiologie du centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après CHUV) ont diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail du recourant, un status après fracture de l'humérus gauche avec ostéosynthèse en 1992, une pseudarthrose séquellaire, une infection VIH existant depuis 1997 et un très probable état anxio-dépressif chronique. L'assuré recevait une trithérapie qu'il signalait avoir interrompue de son propre chef. Les contrôles biologiques montraient une immunité fortement diminuée, avec un rebond virologique. Le patient se plaignait principalement d'une fatigue importante, persistante, se péjorant nettement peu après la prise de son traitement et qui persistait à deux semaines de son interruption spontanée, de nausées persistantes qui occasionnaient parfois des vomissements, de troubles de sommeil, d'une inappétence et de sensations de « ras le bol » qui le conduisaient par périodes à des idéations suicidaires vagues, sans réelle volonté de passage à l'acte. Selon les experts, l'assuré présentait un état d'immunosuppression sévère, lié à l'infection VIH et entretenu par le non-respect notoire des divers traitements de trithérapie. Il avait interrompu ces traitements depuis deux semaines, dans les circonstances d'une intolérance digestive peu claire. Il semblait évident que ces interruptions itératives étaient soutenues par un état dépressif sous-jacent, jamais pris en charge. Le patient était d'ailleurs spontanément demandeur d'un suivi psychologique. L'infection VIH et son traitement ne semblaient pas être une restriction significative à la capacité de travail du recourant. La fatigue pouvait être mise en lien avec l'état anxio-dépressif suspecté et il était clair qu'au vu de l'immunosuppression constatée, une évolution à moyen terme vers un sida était probable. Comme mentionné à d'autres occasions, le pronostic était entièrement conditionné au respect ultérieur de son traitement antirétroviral par l'assuré. En conclusion, les experts ont retenu qu'il n'y avait pas, du strict point de vue infectiologique, de contre-indication à la reprise d'une activité professionnelle. La fatigabilité dont l'assuré se plaignait était bien entendu une restriction très

importante de sa capacité de travail, toutefois elle était difficilement quantifiable. Une évaluation psychiatrique leur paraissait nécessaire.

11. Mandatés par l'OAI, les docteurs I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et J_____, médecin interne du département de psychiatrie des HUG, ont établi le 30 octobre 2008 un rapport d'expertise et diagnostiqué des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue (F10.25) depuis environ deux ans, des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, syndrome de dépendance, utilisation épisodique (F14.26) depuis une année, d'autres modifications durables de la personnalité suite au diagnostic de séropositivité (F62.8) et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33.0) depuis 1997. L'expertisé présentait différents troubles psychiques dont l'installation et la chronicisation semblaient avoir été fortement influencées par la non-acceptation de sa séropositivité. Les modifications durables de sa personnalité se traduisaient par un détachement important, des difficultés relationnelles et un retrait social, qui, ensemble, limitaient ses capacités d'intégration socioprofessionnelle et diminuaient sa compliance au traitement. D'autre part, il présentait depuis deux ans une dépendance à l'alcool (consommation active) et une consommation épisodique de cocaïne et d'héroïne en 2007 qui n'avaient jamais été prises en charge médicalement et qui influençaient à la fois la fatigue, la fatigabilité, les troubles de la concentration et l'observation du traitement. Enfin, il était probable qu'une partie des symptômes de la sphère dépressive, d'intensité légère, fût secondaire aux troubles de la personnalité et à la consommation de toxiques.

Au niveau psychiatrique, le trouble de la personnalité et les consommations de toxiques étaient les facteurs limitant une réinsertion professionnelle. Ces mêmes facteurs influençaient négativement la compliance à la trithérapie et au traitement antibiotique prophylactique. S'agissant des limitations, au plan psychique et mental, l'assuré présentait une fatigue, une fatigabilité et des troubles de la concentration fluctuant qui limitaient sa capacité à maintenir une activité au-delà de quatre à cinq heures par jour. Au plan social, les modifications durables de sa personnalité depuis sa séropositivité étaient responsables d'une capacité d'intégration socio-professionnelle diminuée. L'ensemble des troubles psychiques diagnostiqués limitait l'assuré dans les activités impliquant de trop grands efforts physiques. De plus, sa capacité d'intégration socio-professionnelle était réduite. Une prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique dans un modèle cognitivo-comportemental était indiquée, en ce sens qu'elle pouvait avoir des répercussions bénéfiques pour l'assuré tant sur le plan somatique qu'au niveau psychique.

En conclusion, l'activité de peintre en bâtiment était encore exigible au taux de 60%, sans diminution de rendement. Du point de vue psychiatrique, en tenant compte des données anamnestiques, une incapacité de travail d'au moins 20% était présente depuis 2006, année de l'augmentation de la consommation d'alcool. Depuis lors, le degré d'incapacité de travail était resté stable. La capacité de travail

pourrait être améliorée par des mesures médicales psychiatriques et psychothérapeutiques rigoureuses portant sur le contrôle de la consommation d'alcool et de cocaïne et sur la compliance à la trithérapie. Après la mise en place de ces mesures médicales, des mesures de réadaptation dans une activité plus adaptée (moins d'effort physique et faible compétence relationnelle demandée) pouvaient être envisagées. En effet, la mauvaise compliance au traitement et les consommations de toxiques compromettaient toute forme de réadaptation. Les mesures médicales pourraient permettre d'augmenter la capacité de travail jusqu'à 80% voire plus. Ainsi, la capacité de travail dépendait avant tout de la prise en charge médicale.

12. Par avis du 24 novembre 2008, le docteur K_____ du SMR a relevé que les éléments objectifs révélés par les experts psychiatres ne permettaient pas de retenir une modification durable de la personnalité du recourant, comme le suggéraient ces médecins, qui n'apportaient pas suffisamment d'éléments pour affirmer la présence d'un trouble de personnalité sévère constitué. Sur le plan de l'humeur, il n'y avait pas d'éléments suffisants pour conclure à la présence d'un épisode dépressif léger ou pour retenir une atteinte à la lignée anxieuse, psychotique ou phobique dans le status clinique. S'agissant de l'infection VIH, l'expertise du CHUV indiquait que la fatigabilité n'était pas observée/décrite. Les experts la mettaient en lien avec l'état dépressif sous-jacent; les explications quant à l'intolérance du traitement restaient non convaincantes. Bien qu'ils ne se prononçaient pas suffisamment clairement quant à la capacité de travail, ils ne donnaient pas d'élément suffisant pour retenir une incapacité de travail durable.

Ainsi, au terme de la nouvelle instruction, on devait admettre que l'assuré présentait une pseudarthrose de l'humérus distal gauche chez un droitier, compatible avec l'activité habituelle qu'il avait exercée, même après l'atteinte traumatique. En l'absence d'une affection psychique dûment documentée expliquant la non-observance thérapeutique, il était raisonnable d'exiger le traitement correct de l'infection VIH. En conclusion, la capacité de travail du recourant devait être considérée entière depuis toujours, dans toute activité, hormis les mois nécessaires au traitement de la fracture de l'humérus gauche, remontant à plus de dix ans.

13. Par décision du 23 janvier 2009, confirmant son projet du 28 novembre 2008, l'OAI a nié le droit de l'assuré à une rente. La pseudarthrose de l'humérus distal gauche était compatible avec l'exercice de son activité habituelle de peintre en bâtiment, de sorte qu'il avait une capacité de travail entière dans toute activité, depuis de nombreuses années.
14. Par arrêt du 7 juillet 2009, le TCAS a rejeté le recours de l'assuré au motif que l'existence d'une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable n'était pas établie. Il a été retenu que sur le plan somatique, la capacité de travail de l'assuré était entière. La pseudarthrose secondaire à la fracture de l'humérus gauche depuis 1992 n'entraînait aucune limitation fonctionnelle pour l'assuré, qui était droitier. Du point de vue

infectiologique, il n'y avait pas de contre-indication à la reprise d'une activité professionnelle, le pronostic étant entièrement conditionné au respect du traitement antirétroviral. Sur le plan psychique, les experts avaient diagnostiqué des modifications durables de la personnalité de l'assuré se traduisant par des difficultés relationnelles et un retrait social limitant sa capacité d'intégration socioprofessionnelle et favorisant l'inobservation des prescriptions médicales. Il y avait également une dépendance à l'alcool influençant à la fois la fatigue, la fatigabilité, les troubles de la concentration et la même inobservation du traitement prescrit. Cela étant, il apparaissait que moyennant une prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique et l'adaptation de l'environnement professionnel aux limitations socioprofessionnelles, la capacité de travail de l'assuré était de 80% ou davantage. S'agissant du trouble dépressif léger, ce diagnostic n'avait pas été établi à satisfaction de droit. Par conséquent, il n'y avait pas de substrat médical pertinent entravant de manière importante la capacité de travail de l'assuré et il convenait d'écarter l'avis des experts selon lequel l'activité de peintre en bâtiment n'était exigible qu'au taux de 60% depuis 2006. La condition de la persistance de l'atteinte mentale ou psychique après les traitements et les mesures de réadaptations exigibles n'était ainsi pas réalisée au moment de la décision litigieuse (ATAS/881/2009).

15. Après avoir effectué des missions temporaires, l'assuré a, dès le 6 septembre 2011, travaillé auprès de L_____ S.A. (ci-après l'employeur) à plein temps.
16. Le 2 décembre 2011, l'employeur a annoncé à l'assureur-accidents une rechute et celui-ci a pris en charge les suites du cas.
17. Dès le 6 janvier 2012, l'assuré a été incapacité de travail totale en raison de la pseudarthrose de l'humérus distal gauche (rapport du 8 février 2012 du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur des HUG).
18. Le 19 juin 2012, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, en raison de son bras gauche complètement atrophié.
19. Par rapport du 26 juin 2012, le docteur M_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur aux HUG, a indiqué qu'une cure de la pseudarthrose allait être effectuée le 18 juillet 2012.
20. Par courriers des 7 août et 28 septembre 2012 à l'OAI, l'assuré a expliqué avoir subi une rechute en décembre 2011 s'agissant de l'atteinte au bras gauche. Il a joint un rapport d'entretien du 15 juin 2012 établi par l'assureur-accidents, dont il résultait notamment qu'il n'avait plus d'articulation et que la mobilisation n'était que passive. Il avait de fortes douleurs qu'il calmait avec des analgésiques puissants. Une intervention prévue initialement en juillet 2012 avait été reportée au mois d'octobre 2012. Il était en incapacité de travail totale.
21. Par rapport du 23 janvier 2013, le Dr M_____ a rappelé le diagnostic et indiqué que l'ablation du matériel d'ostéosynthèse avec cure de pseudarthrose et réostéosynthèse avait été discutée avec l'assuré, mais l'intervention avait été

repoussée en raison d'un taux de CD4 insuffisant dans le contexte d'une infection VIH concomitante.

22. Par rapport du 24 mai 2013 à l'OAI, le docteur N_____, spécialiste en infectiologie et médecine interne générale aux HUG, a indiqué que l'infection VIH était sans répercussion sur la capacité de travail de l'assuré depuis 1997. La résistance physique de l'assuré était toutefois limitée.
23. Par rapport du 19 octobre 2013, le docteur O_____, médecin interne au département de chirurgie des HUG, a expliqué que l'assuré était dans l'incapacité de porter des charges et présentait une mobilité limitée en raison de la pseudarthrose du coude gauche. Son incapacité de travail était totale dans son activité habituelle. Aucune opération n'était prévue.
24. Par rapport du 5 novembre 2013, le Dr N_____ a noté que l'état de santé était stationnaire depuis qu'il suivait l'assuré, soit depuis le 1^{er} décembre 2012. Il présentait une limitation importante du membre supérieur gauche, aisément objectivable et sa capacité était nulle dans l'activité habituelle, et indéterminée dans une autre activité. Le pronostic global dépendait de l'adhérence du patient au traitement antirétroviral, qui était actuellement fluctuante. Le médecin estimait qu'une évaluation neuropsychologique pourrait s'avérer utile. S'agissant de la reprise d'une activité lucrative, le médecin a indiqué que la quasi-impotence du membre supérieur gauche rendait la plupart des activités professionnelles difficiles, voire impossibles. Une reconstruction du coude gauche pourrait éventuellement rendre une activité professionnelle envisageable en cas de succès. Cependant, la probabilité qu'une telle intervention soit entreprise paraissait peu probable étant donné notamment le risque d'échec de cicatrisation et le risque per/post-opératoire en raison de l'immunosuppression. Dans ce contexte, un deuxième avis orthopédique était actuellement en cours. Le médecin ne pensait pas qu'un examen complémentaire sur le plan somatique était nécessaire, mais une évaluation neuropsychologique pourrait révéler des troubles cognitifs qui limiteraient encore davantage la reprise d'une activité professionnelle.
25. Par rapport du 13 novembre 2013, le Dr O_____ a indiqué qu'à fin 2012, les risques d'une intervention chirurgicale avaient longuement été discutés par le Dr M_____ ainsi que les lourdes complications pouvant en découler, au vu des comorbidités du patient. Une intervention avait été agendée sous réserve d'une amélioration du statut immunitaire du patient, mais avait dû être reportée à deux reprises, en raison d'une aggravation de son état de santé. La décision d'abandonner définitivement les options chirurgicales dans ce contexte avait été communiquée au médecin en charge du service d'infectiologie. Le patient avait été convoqué les 17 octobre 2013 et 11 novembre 2013, mais ne s'était pas présenté. Dans ce contexte, tout ce que le médecin pouvait affirmer sur l'atteinte à la santé concernant son membre supérieur gauche, et ce basé sur la dernière consultation du 19 novembre 2012, était une incapacité totale de port de charge et à la manutention lourde.

-
26. Par rapport du 25 novembre 2013 au Dr N_____, le docteur P_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a expliqué avoir vu l'assuré le 21 novembre 2013. Il notait de gros problèmes de compliance et il y avait actuellement une atteinte motrice et nerveuse quasi complète au niveau du nerf radial. La mauvaise compliance du patient et son taux de CD4 fort bas au dernier contrôle, laissait présager un haut taux de complications, en particulier infectieux, qui pourrait nécessiter, dans le pire des cas, une amputation du membre supérieur gauche. La décision du Dr M_____ de ne pas opérer était tout à fait justifiée.
27. Par avis du 2 décembre 2013, la doctoresse Q_____, spécialiste en pédiatrie auprès du SMR, a notamment rappelé que l'expertise somatique du 30 juin 2008 d'infectiologie concluait à l'absence d'incapacité. L'expertise psychiatrique du 30 octobre 2008 avait retenu un trouble de la personnalité durable suite au diagnostic de séropositivité (F62.8), des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue (F10.25 depuis 2006), des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, syndrome de dépendance, utilisation épisodique (F14.6) et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33.0). La capacité résiduelle était de 60% dans son activité habituelle, mais celle-ci pouvait être améliorée par une prise en charge psychiatrique et un traitement des addictions et une meilleure compliance à la trithérapie, qui pourraient permettre d'atteindre une capacité de travail de 80% ou plus. La capacité de travail était entière dans toute activité. Suite à ces expertises, une décision de refus de rente avait été rendue, confirmée par le TCAS.

Dans le cadre de la deuxième demande, l'assuré ne travaillait plus depuis décembre 2011 et le début de l'incapacité de travail à plein temps était le "10.2012". L'assuré présentait une pseudarthrose de l'humérus distal gauche d'une ancienne fracture supra-condylienne avec fracture de deux plaques vissées et un VIH. Une intervention chirurgicale pour ablation du matériel d'ostéosynthèse avec cure de pseudarthrose avait été envisagée par le Dr M_____, mais reportée plusieurs fois du fait de l'immunosuppression de l'assuré, secondaire à son VIH. Selon le Dr N_____, la capacité était nulle dans son activité habituelle et à déterminer dans une activité adaptée. Selon lui, une évaluation neuropsychologique à la recherche de troubles neurocognitifs serait souhaitable. L'intervention chirurgicale n'avait finalement pas eu lieu. Les limitations fonctionnelles étaient une limitation de la mobilisation du membre supérieur gauche, le port de charges et la manutention lourde (courriers du Dr O_____ du 26 novembre 2013 et du Dr M_____ du 23 janvier 2013).

En conclusion, l'état de santé de l'assuré était stationnaire sur le plan du VIH avec un suivi fluctuant de son traitement. Sur le plan orthopédique, il y avait une probable aggravation de la pseudarthrose. Une intervention n'était pas envisageable. La pseudarthrose était déjà connue lors de la décision de 2006, mais elle s'était aggravée progressivement avec une ankylose totale du membre supérieur

gauche avec une attitude vicieuse en varus. Le SMR retenait par conséquent une capacité de travail nulle dans l'activité de peintre en bâtiment depuis octobre 2012, la capacité de travail était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Sur le plan psychiatrique, le SMR ne disposait pas du suivi, mais les addictions et l'épisode dépressif n'étaient pas mentionnés dans les rapports à disposition.

28. Dans un questionnaire daté du 11 décembre 2013, l'employeur a noté que l'assuré avait travaillé du 6 septembre au 20 décembre 2011, du 19 juin au 16 août 2012 et du 3 au 17 septembre 2013. Le salaire horaire en 2012 était de CHF 35.- et en 2013 de CHF 35.01.
29. Par rapport du 23 janvier 2014, le docteur R_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de l'assureur-accidents, a effectué un examen final le 20 janvier 2014. L'assuré se plaignait de douleurs importantes avec des sensations lancinantes au niveau du bras et de la main gauches (territoire du nerf radial). Il avait des troubles du sommeil liés à la douleur et il prenait de façon régulière de la morphine. La situation actuelle était complexe car l'assuré présentait une pathologie médicale grave avec infection VIH qui contre-indiquait tous les gestes chirurgicaux à l'heure actuelle. La collaboration de l'assuré semblait mauvaise, au vu du suivi médical qui paraissait au médecin insuffisant, avec de nombreux rendez-vous manqués par l'assuré, empêchant probablement une prise adéquate de la situation médicale. Le médecin conseil déconseillait formellement une intervention chirurgicale. Le pronostic restait de toute façon assez mauvais d'autant plus que depuis quelques mois, il était constaté une atteinte sensitive totale du nerf radial et la force musculaire sur le territoire du nerf cubital semblait commencer à se dégrader également.

En conclusion, l'assuré présentait une pseudarthrose ancienne dans les suites d'une fracture complexe de l'extrémité inférieure de l'humérus gauche. Un retour à l'activité pratiquée avant l'accident sans perte de rendement semblait impossible. La dégradation de la situation était nette avec l'apparition récente de troubles neurologiques. Pour ce qui concernait l'exigibilité, la seule qui semblait adéquate au médecin était celle d'un travailleur monomanuel droit. S'agissant des médicaments, l'assuré prenait des antalgiques non narcotiques et narcotiques. Le médecin proposait que six emballages par mois soient mis à la charge de l'assureur-accidents.

30. Le 24 janvier 2014, l'OAI a eu un entretien avec l'assuré. Un stage d'orientation professionnelle auprès des établissements pour l'intégration (ci-après les EPI) allait être mis en place du 17 mars au 15 juin 2014.
31. Par avis du 4 février 2014, le docteur S_____ du SMR a relevé que selon le Dr R_____, la seule activité qui semblait adéquate pour l'assuré était celle d'un travailleur monomanuel droit.

32. Le 12 février 2014, l'assureur-accidents a informé l'assuré qu'au vu des conclusions du Dr R_____, de sa capacité de travail résiduelle et de la mise en œuvre de mesures de réadaptation par l'OAI, le versement des indemnités journalières prendrait fin le 16 mars 2014, veille du stage professionnel. Le droit à une rente d'invalidité serait examiné une fois les mesures de réadaptation achevées.
33. Selon une note de l'OAI du 25 juin 2014, l'assuré avait eu des problèmes de comportement durant son stage (il ne s'excusait pas, ne prévenait pas lors de ses absences, minimisait les remarques, avait un engagement limité et, semblait-il, avait un conflit avec un maître d'atelier). Le 23 juin 2014, l'OAI avait attiré son attention sur le fait qu'une nouvelle mesure pouvait être mise en place, pour autant que son comportement soit irréprochable, ce que l'assuré avait accepté.
34. Par communication du 25 juin 2014, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'un stage d'entraînement aux activités industrielles légères dispensé aux EPI du 30 juin au 31 juillet 2014. L'OAI attendait de l'assuré un comportement irréprochable pendant la mesure. Dans le cas contraire, la mesure serait arrêtée.
35. Par sommation du 17 juillet 2014 à l'assuré, l'OAI a indiqué avoir été informé par les EPI les 11 et 17 juillet 2014 que son comportement continuait à être totalement inadéquat. Par conséquent, l'assuré était informé que la mesure serait immédiatement interrompue si son comportement ne donnait pas satisfaction, étant précisé que toutes mesures d'ordre professionnel prendraient fin au 31 juillet 2014.
36. Par courrier du 21 juillet 2014, l'assuré a notamment contesté la sommation, expliquant que le professeur lui avait parlé d'une agressivité qu'il ne comprenait pas.
37. Du 21 juillet au 3 août 2014, l'assuré a été en incapacité de travail totale.
38. Le 24 juillet 2014, l'assuré a indiqué à l'OAI s'être présenté à deux places de travail les 22 et 24 juillet 2014, qui lui avaient été refusées en raison de son handicap. Il souhaitait effectuer un nouveau stage.
39. Le 6 août 2014, l'OAI a reçu un rapport établi par les EPI daté du 30 juin 2014. Le bilan de stage était mitigé. La principale cause en était l'attitude inadaptée de l'assuré dans le cadre d'un projet de réadaptation professionnelle. L'assuré s'était montré peu participatif, il arrivait en retard ou ne se présentait pas, sans prévenir les responsables. La discipline inhérente à un poste de travail n'était pas respectée, malgré les avertissements maintes fois répétés. Ces refus de se conformer aux règles de l'atelier avaient de plus généré des conflits avec les encadrants. Dans les activités simples et répétitives, le rendement était passé de 25% à 70%. Mais ce niveau de rendement devait être pondéré par un taux de présence très bas (50%). En conclusion, les EPI ne pouvaient valider l'activité d'employé dans l'industrie, l'assuré n'étant pas prêt à réintégrer l'économie ordinaire. Il avait été trop souvent absent et son attitude était non-conforme aux exigences du marché du travail.

Les EPI ont par ailleurs noté que l'assuré indiquait que sa mémoire était déficiente et qu'il avait de la peine à se concentrer. Il avait été constaté qu'il manquait de structure et n'arrivait pas à s'organiser dans son travail. Il ne maîtrisait pas les opérations élémentaires avec des nombres entiers, les soustractions, les divisions et les multiplications n'étaient que partiellement acquises. L'assuré a été vu souvent fatigué et sans tonus. Il avait de la peine à se projeter dans l'avenir, il exprimait sa souffrance par rapport au VIH et pensait qu'il allait y passer dans un ou deux ans. De ce fait, il n'avait plus le ressort pour exploiter ses capacités et son attitude pouvait parfois être assimilée à un manque d'intérêt. D'importantes limitations dues à son atteinte étaient ressorties durant le stage : l'assuré s'était adapté difficilement à la nouveauté autant au niveau manuel que du point de vue de la résistance physique. Seule une activité en milieu protégé pourrait répondre à la situation de l'assuré. Il avait effectué des démarches pour trouver un stage et l'orientation retenue avait été celle d'ouvrier de production, sur un temps partiel, car un plein temps n'était pas envisageable en raison de sa faible résistance physique. L'engagement de l'assuré dans sa réadaptation semblait être entravé par d'autres préoccupations, il n'avait pas fait le deuil de son ancien métier, il avait des problèmes personnels et surtout, il présentait une très faible résistance physique. Il était possible que le manque de ponctualité et l'attitude parfois légère qu'il avait adoptée en atelier proviennent de cela. Il disait être très fatigué après le repas de midi et pensait que c'était dû aux médicaments qu'il prenait pour la trithérapie.

40. Par rapport du 25 août 2014, l'OAI a clos le mandat de réadaptation en raison du comportement de l'assuré et a procédé à l'évaluation théorique des gains en tenant compte de la capacité médico-théorique retenue par le SMR dans son avis du 2 décembre 2013. S'agissant du revenu sans invalidité, vu les revenus très irréguliers et fluctuants de l'assuré, il convenait de se référer aux ESS 2010, en se basant sur le revenu d'un homme exerçant une activité dans le secteur de la construction de niveau 3, à plein temps, soit CHF 73'426.- en 2013. S'agissant du revenu avec invalidité, il convenait de se référer aux ESS 2010, en se basant sur le revenu d'un homme exerçant une activité de niveau 4, dans tous les secteurs confondus, à plein temps, avec une réduction de 25% pour tenir compte des limitations fonctionnelles, soit CHF 47'004.- en 2013. La comparaison des salaires aboutissait à un degré d'invalidité de 36%.
41. Par projet de décision du 29 août 2014, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui refuser la rente et les mesures professionnelles.
42. Par courrier du 12 septembre 2014, l'assuré a contesté le projet de décision. Son handicap physique sautait aux yeux, de sorte qu'aucun employeur ne pouvait sans craintes sérieuses, prendre le risque de l'engager, même dans une activité soi-disant adaptée à ses limitations fonctionnelles. Les cours qu'il avait suivis n'étaient pas adaptés à son handicap, raison pour laquelle il avait parfois fait preuve d'une légitime irritation.

43. Par décision du 7 octobre 2014, l'OAI a confirmé son projet. Depuis le mois d'octobre 2012 (début du délai d'attente), la capacité de travail de l'assuré était considérablement restreinte. Le SMR estimait que depuis lors, sa capacité de travail était nulle dans son activité habituelle, mais totale dans une activité adaptée. Il avait effectué un stage d'orientation professionnelle, suivi par une mesure d'entraînement aux activités industrielles légères. Malgré les nombreuses mises en garde et la sommation du 17 juillet 2014, le comportement de l'assuré n'avait pas été adéquat, de sorte que l'OAI avait été contraint de mettre fin aux mesures d'ordre professionnel, toute tentative de réadaptation semblant d'emblée vouée à l'échec. En comparant les salaires avec invalidité (CHF 47'004.-) et sans invalidité (CHF 73'426.-) en 2013, il en résultait un degré d'invalidité de 36%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Les mesures professionnelles auxquelles il pourrait prétendre, n'étaient pas, en l'état, indiquées. En l'absence de faits nouveaux ou de nouvelles pièces médicales probantes produits à l'appui de la contestation de l'assuré, l'OAI ne pouvait que maintenir son projet de décision.
44. Par acte interjeté le 5 novembre 2014, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a conclu, sous suite de frais et dépens, principalement, à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 19 juin 2012 et subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire ou au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire. Le recourant a expliqué ressentir des douleurs très vives, il s'agissait d'une pathologie grave d'autant que l'infection VIH contre-indiquait tous gestes chirurgicaux. En outre, les risques d'amputation et de décès n'étaient pas négligeables. L'infection VIH le fatiguait beaucoup. Un rendez-vous était prévu le 23 novembre 2014 avec le Dr M_____, pour éviter l'amputation du bras gauche, il semblait que la possibilité d'une intervention soit encore ouverte. Selon le recourant, il convenait de déterminer à quel point sa maladie avait des effets sur sa capacité de travail, compte tenu de ses nouveaux problèmes de santé. Il contestait pouvoir travailler à plein temps dans une activité simple et répétitive. Seule une activité à temps très partiel, et avec un rendement très réduit, était éventuellement envisageable. Par ailleurs, selon les EPI, il ne serait pas à même de réintégrer l'économie ordinaire et son attitude ne serait pas conforme au marché du travail. En outre, la sommation de l'intimé avait été faite postérieurement au rapport des EPI, donc uniquement pour les besoins de la cause. Enfin, tant le Dr N_____ et que le Dr R_____ relevaient l'apparition récente de troubles neuropsychologiques. Or, l'intimé n'en tenait pas compte dans sa décision litigieuse, alors que ces troubles avaient de toute évidence un effet sur sa capacité de travail.
45. Par réponse du 4 décembre 2014, l'intimé a conclu au rejet du recours pour les motifs indiqués dans sa décision. Il n'était pas contesté que l'état de santé du recourant s'était aggravé depuis l'arrêt du TCAS du 7 juillet 2009. Les avis médicaux concordaient pour admettre une complète incapacité de travail dans l'activité habituelle de peintre en bâtiment. Le SMR rejoignait les conclusions du

médecin de la SUVA pour admettre que la seule activité adéquate était celle d'un travailleur monomanuel droit, étant précisé que le recourant était droitier. La seule aggravation de l'état de santé portait sur l'atteinte au membre supérieur gauche. Pour le reste, l'état de santé était demeuré stationnaire, de sorte que les conclusions figurant dans l'arrêt de 2009 demeuraient valables. Selon le rapport du Dr N_____, l'infection VIH était sans effet sur la capacité de travail du recourant. Contrairement à ce qu'avancait le recourant, aucun médecin n'avait fait état de troubles neuropsychologiques. Le Dr N_____ s'était contenté de mentionner qu'une évaluation neuropsychologique pourrait s'avérer utile. Cela étant, cette recommandation ne se fondait sur aucun élément objectif ressortant du dossier. Il apparaissait ainsi que le propre médecin traitant n'avait pas jugé utile de procéder à des investigations sur ce plan. Partant, sans élément probant, l'intimé n'avait pas de motif de mettre en place un tel examen et la mise en œuvre de mesures d'investigation complémentaire s'avérait donc inutile. En outre, il résultait très clairement du rapport des EPI que la raison pour laquelle la mesure n'avait pas abouti ne relevait pas de raisons médicales, mais étaient bien plutôt le fait du comportement inadéquat du recourant, non conforme aux exigences du marché du travail. Contrairement à ce qu'alléguait le recourant, lors d'un entretien téléphonique du 23 juin 2014 déjà, il avait été rendu attentif au fait que la prolongation de la mesure était liée à la condition d'un comportement irréprochable de sa part. La sommation avait ainsi clairement pour but de permettre d'assurer le bon déroulement de la mesure d'entraînement.

46. Par pli du 12 janvier 2015, le recourant a persisté dans ses conclusions.
47. Le 16 février 2015, le recourant a adressé à la chambre de céans une copie de son courrier du même jour à l'intimé, par lequel il indiquait être suivi par le docteur Pierre COLE, chef de clinique au département de santé mentale et de psychiatrie aux HUG. Ce médecin sollicitait un formulaire de l'intimé à remplir au plus vite.
48. Le 11 mars 2015, l'intimé a adressé à la chambre de céans une copie de la décision de l'assureur-accidents du 3 mars 2015, octroyant au recourant une rente d'invalidité de 26% dès le 1^{er} août 2014 et une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 25%.
49. Sur ce, la chambre de céans a gardé la cause à juger.

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) en vigueur dès le 1er janvier 2011, 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. 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).
4. En l'espèce, la décision litigieuse du 7 octobre 2014 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances 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).
5. Interjeté dans les délai et forme légaux, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).
6. Le litige a pour objet le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, étant précisé que par décision du 23 janvier 2009, confirmée par arrêt du TCAS du 7 juillet 2009 (ATAS/881/2009), cette prestation lui a été refusée.
7. Quand l'administration entre en matière sur une nouvelle demande [art. 87 al. 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI ; RS 831.201)], 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 (ATF 133 V 545 consid. 6), c'est-à-dire comparer les circonstances existant lorsque la nouvelle décision est prise avec celles qui existaient lorsque la dernière décision reposant sur un examen

matériel du droit à la rente est entrée en force (ATF 133 V 108; ATF 130 V 71) pour apprécier si dans l'intervalle est intervenue une modification sensible du degré d'invalidité justifiant désormais l'octroi d'une rente.

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 (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5).

8. 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 ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quart 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 (art. 28 al. 2 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).

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

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis

décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

10. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral U.58/01 du 21 novembre 2001 consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié

sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

11. Enfin, 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).
12. a. En l'occurrence, l'intimé a, par une première décision du 23 janvier 2009, confirmée par arrêt du TCAS du 7 juillet 2009, refusé au recourant le droit à une rente dès lors que la pseudarthrose de l'humérus distal gauche était compatible avec son activité habituelle de peintre en bâtiment et qu'il présentait ainsi une capacité de travail entière depuis toujours.

Suite à la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant le 19 juin 2012, l'intimé a retenu dans sa décision litigieuse, en se référant aux conclusions de la Dresse Q_____, médecin auprès du SMR, qu'en raison de l'aggravation de son atteinte au bras gauche, le recourant présente une incapacité de travail totale dans son activité habituelle, mais une capacité de travail totale dans une activité adaptée, ce que conteste le recourant.

b. Sur le plan orthopédique, il n'est pas contestable au vu des pièces versées au dossier, que le recourant, droitier, présente une aggravation de son atteinte au bras gauche entraînant une incapacité de travail totale dans son activité de peintre en bâtiment (rapport du Dr N_____ du 5 novembre 2013 et rapport du Dr R_____ du 23 janvier 2014). S'agissant de l'activité exigible, seule une activité d'un travailleur monomanuel droit semblait adéquate (Dr R_____ rapport du 23 janvier 2014) et la Dresse Q_____ a estimé que dans une activité adaptée, la capacité de travail du recourant était entière.

La chambre de céans constate toutefois qu'aucune des pièces versées au dossier ne permet de confirmer la capacité résiduelle retenue par la Dresse Q_____, et partant, par l'intimé. En effet, aucun des spécialistes en orthopédie ayant examiné le recourant, soit les Drs R_____, O_____ et M_____, ne se sont prononcés sur la question déterminante du taux de la capacité résiduelle du recourant dans une telle

activité, ni sur son rendement. Qui plus est, postérieurement à l'avis de la Dresse Q_____, le Dr R_____ a constaté une dégradation nette de la situation avec l'apparition des troubles neurologiques sur le territoire du nerf radial, avec des douleurs importantes et des sensations lancinantes, entraînant des troubles du sommeil et pour lesquelles le recourant prend de façon régulière de la morphine (Dr R_____ rapport du 23 janvier 2014). Pour ce motif également, on ne saurait, comme l'a fait l'intimé, retenir une capacité de travail entière dans une activité adaptée, en se fondant uniquement sur l'avis du 2 décembre 2013 du SMR.

Par ailleurs, s'il apparaît que l'infection VIH est sans répercussion sur la capacité de travail du recourant (rapport du Dr N_____ du 24 mai 2013), force est toutefois de relever que ce médecin a indiqué que le recourant présente une résistance physique limitée, ce qui, au demeurant, a été constaté à plusieurs reprises par les EPI (rapport du 30 juin 2014, p. 8, 10 et 13). Or, aucune pièce au dossier ne permet de déterminer si cette faible résistance physique entraîne une répercussion sur la capacité de travail résiduelle du recourant ou sur son rendement.

On relèvera encore que le Dr N_____ estimait nécessaire d'évaluer le recourant sur le plan neuropsychologique dès lors qu'une telle évaluation pouvait, selon lui, révéler des troubles cognitifs limitant encore davantage la capacité de travail du recourant (rapport du 5 novembre 2013). Or, cette évaluation n'a pas été effectuée alors que le recourant s'est plaint notamment d'une mémoire déficiente (rapport des EPI du 30 juin 2014, p. 6). La chambre de céans ne peut ainsi déterminer, en l'état du dossier, si le recourant présente effectivement des troubles cognitifs, et le cas échéant, s'ils ont des répercussions sur sa capacité de travail.

Enfin, s'agissant des problèmes de comportement du recourant pendant le stage d'orientation professionnelle et le stage d'entraînement aux activités industrielles légères, la chambre de céans rappellera que les experts psychiatriques avaient notamment diagnostiqué, dans leur rapport du 30 octobre 2008, des modifications durables de la personnalité du recourant se traduisant par des difficultés relationnelles et un retrait social limitant sa capacité d'intégration socio-professionnelle et favorisant l'inobservation des prescriptions médicales. A cet égard, le TCAS avait retenu dans son arrêt du 7 juillet 2009 que moyennant une prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique et l'adaptation de l'environnement professionnel aux limitations socio-professionnelles, la capacité de travail du recourant n'était pas entravée de manière importante (ATAS/881/2009). Or, aucune pièce au dossier ne permet de déterminer si le recourant a suivi un tel traitement, et le cas échéant, quel en a été le résultat. Il conviendrait également de déterminer si les problèmes de comportement du recourant pendant les mesures professionnelles sont dus aux troubles psychiques constatés par les experts.

c. Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, force est de constater que la chambre de céans n'est pas en mesure de statuer en l'état actuel du dossier, dès lors qu'il ne contient pas les éléments suffisants et probants permettant une appréciation adéquate des atteintes à la santé dont souffre le recourant, leurs éventuelles

limitations fonctionnelles et répercussions sur sa capacité de travail résiduelle, et partant, sur son degré d'invalidité.

13. Il convient dès lors de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il ordonne un complément d'instruction sous la forme notamment d'une expertise médicale indépendante auprès de médecins spécialisés en orthopédie, en neuropsychologie, en psychiatrie et en infectiologie. Les conditions jurisprudentielles d'un tel renvoi sont d'autant plus remplies qu'aucune expertise de ces troubles n'a été réalisée par l'intimé dans le cadre de la deuxième demande de prestations. Il appartiendra ensuite à l'intimé d'évaluer le taux d'invalidité et de rendre une nouvelle décision.
14. Vu ce qui précède, le recours sera admis, la décision querellée annulée et le dossier renvoyé à l'autorité administrative afin qu'elle procède conformément aux considérants.
15. Le requérant, qui est représenté et qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité de CHF 1'500.- à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89 H de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).
16. 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), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimé du 7 octobre 2014.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.
5. Condamne l'intimé à payer au recourant le montant de CHF 1'500.- à titre de participation à ses frais et dépens.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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