

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/640/2009

ATAS/881/2009

**ARRÊT**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 2**

**du 7 juillet 2009**

En la cause

Monsieur S\_\_\_\_\_, p. a. Monsieur T\_\_\_\_\_, à GENÈVE          recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, sis 97,          intimé  
rue de Lyon, 1201 GENÈVE

**Siégeant : Isabelle DUBOIS, Présidente; Anne REISER et Eugen MAGYARI, Juges  
assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Né en 1957, Monsieur S\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré ou le recourant) est titulaire d'un certificat fédéral de capacité de peintre en bâtiment. Le 27 avril 1999, il a déposé une demande de prestations, sous forme d'un reclassement dans une nouvelle profession auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI ou l'intimé).
2. Selon un rapport médical établi le 14 décembre 1998 par le docteur A\_\_\_\_\_, aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), l'assuré, qui bénéficiait d'une trithérapie pour avoir contracté le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), avait été opéré en 1990 suite à une fracture de l'humérus gauche. Il avait pu exercer son activité de peintre en bâtiment jusque là, malgré une chute deux ans plus tôt. Souffrant alors d'un lumbago, il devait être en mesure de reprendre son travail la semaine suivante.
3. Le 10 mai 1999, le docteur B\_\_\_\_\_, de la polyclinique des HUG, a diagnostiqué une syphilis sérologique en 1987, traitée, un status après ostéosynthèse de l'humérus gauche en 1990, un VIH stade B3 sous trithérapie antirétrovirale depuis 1997, une pneumonie et une candidose oro-pharyngée en 1997, un chancre syphilitique pharyngé en 1998, et un lumbago aigu en décembre 1998. Le patient se plaignait alors d'asthénie invalidante dans le cadre de son travail ainsi que de douleurs au bras gauche. Sur le questionnaire relatif aux capacités professionnelles, le médecin relevait l'impossibilité pour l'assuré d'effectuer de longs parcours à pied, de porter ou déplacer des charges fréquemment, de faire des mouvements répétitifs des membres ou du dos, d'avoir un horaire de travail irrégulier ou de nuit, en hauteur ou avec des risques de chute. Dans la profession déjà exercée, la capacité de travail était de quatre heures par jour avec un rendement prévisible de 100%. Dans une autre profession, l'assuré pouvait travailler toute la journée.
4. Dans un rapport du 19 février 2001, les HUG ont 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. Les limitations fonctionnelles étaient en outre confirmées, auxquelles s'ajoutaient les positions accroupies, ou avec inclinaison du buste, et le fait de se baisser. Dans une autre profession, la capacité de travail de l'assuré était fixée à une demi-journée, l'appréciation de cette capacité étant par ailleurs qualifiée de bonne du point de vue purement somatique.
5. Dans un rapport du 19 décembre 2002, les HUG ont fait état d'une totale incapacité de travail depuis août 2000, l'état de santé de l'assuré étant qualifié de stationnaire.

6. L'OCAI a diligenté une expertise médicale du recourant, confiée au docteur C \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique. Dans son rapport du 13 mai 2003, l'experte retenait, comme diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré, le VIH stade B3 sous trithérapie depuis 1997. En ce qui concernait l'humérus gauche, elle constatait que les troubles étaient présents depuis 1992, que l'assuré avait pu reprendre son activité jusqu'en 1996, et qu'il n'avait plus repris d'activité professionnelle depuis lors. En ce qui concernait la pseudarthrose de l'humérus, une activité professionnelle à 100% comme peintre tapissier, droitier, pouvait théoriquement être exercée. 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. Enfin, l'experte précisait ne pas pouvoir se déterminer sur la capacité travail en ce qui concernait ces troubles, n'étant ni psychiatre ni médecin interniste.

7. Au mois de juin 2005, l'assuré a relancé l'OCAI et lui a transmis un rapport médical rédigé le 10 mars 2005 par le docteur D \_\_\_\_\_.

Selon ce rapport, 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 et non objectivées, mais confirmées par les résultats biologiques. Pour le surplus, le pronostic dépendait entièrement du respect du traitement.

8. Par décision du 8 août 2005, l'OCAI a refusé toute prestation au recourant, en particulier toute rente, au motif que le degré d'invalidité était de 6%. L'office a retenu que l'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. Suite à l'opposition de l'assuré, l'OCAI a confirmé sa décision le 28 février 2006.

10. Par arrêt du 12 septembre 2006, le Tribunal de céans a admis le recours interjeté le 3 avril précédent par l'assuré, annulé les deux décisions précitées et renvoyé la cause à l'OCAI pour nouvelle décision.

Le Tribunal a notamment retenu que le recourant souffrait principalement du VIH et de ses effets secondaires, tels qu'asthénie, maux de tête et fatigabilité. Le traitement que celui-ci devait suivre à vie était lourd et contraignant, et il apparaissait que l'aggravation de son état de santé provenait en partie de la difficulté qu'il éprouvait à se soumettre à cette contrainte.

Cela étant, l'OCAI avait beaucoup tardé dans l'examen du dossier, et il avait négligé de mettre le recourant en demeure de se conformer au traitement médical en l'informant des conséquences possibles d'un refus, comme l'exigeait la réglementation légale. Par ailleurs, la réduction ou le refus de prestations pour ce motif ne pouvait valoir que pour l'avenir, et l'OCAI n'avait pas examiné quelle était alors la capacité de travail du recourant, ni quelle avait été son évolution entre le dépôt de la demande et la décision querellée.

11. Au vu du rapport médical établi le 5 juin 2007 par le docteur D\_\_\_\_\_ et des avis médicaux émis les 4 juillet et 13 septembre suivants par le SMR, l'OCAI a mandaté le Service d'infectiologie du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) aux fins de procéder à une expertise médicale.
12. Du rapport établi le 30 juin 2008 par les docteurs E\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_, il ressort notamment que l'expertisé, qui se disait au bénéfice de prestations de l'assurance-chômage, recevait une trithérapie qu'il signalait avoir interrompue de son propre chef deux semaines plus tôt en raison d'une intolérance digestive et d'une fatigue exacerbée par la prise du traitement. 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.

Au chapitre des diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail du recourant, les experts ont ainsi retenu un status après fracture de l'humérus gauche avec ostéosynthèse en 1992, pseudarthrose séquellaire, une infection VIH stade B2 existant depuis 1997 et un très probable état anxio-dépressif chronique.

L'expertisé présentait en effet 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, il n'y avait donc pas, du strict point de vue infectiologique, de contre-indication à la reprise d'une activité professionnelle.

13. Mandatés par l'OCAI suite à un avis médical du SMR, les docteurs G\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_, du Département de psychiatrie des HUG, ont dressé un rapport d'expertise le 30 octobre 2008 sur la base de deux entretiens d'une heure et demie, d'un entretien téléphonique avec le docteur D\_\_\_\_\_ et du dossier mis à leur disposition par l'intimé.

Les experts ont diagnostiqué des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue (F10.25 selon la Classification internationale [CIM-10]) 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, dont le père était décédé moins d'une année plus tôt, 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, qui se traduisaient par un détachement important, des difficultés relationnelles et un retrait social, limitaient, ensemble, ses capacités d'intégration socioprofessionnelle et diminuaient sa soumission 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 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.

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 le recourant tant sur le plan somatique qu'au niveau psychique. En l'état, le recourant partageait l'avis qu'une activité professionnelle réduite, de l'ordre de quatre à cinq heures par jour, serait indiquée.

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. Enfin, l'expertisé était capable de s'adapter à un environnement professionnel où le contact à la clientèle et les compétences relationnelles ne seraient pas au premier plan. Dans une activité

adaptée et moyennant la prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique évoquée plus haut, une amélioration de sa capacité de travail jusqu'à 80%, voire davantage, pouvait être envisagée.

14. Au vu du rapport d'expertise, le docteur I \_\_\_\_\_, du SMR, a émis un avis médical le 24 novembre 2008, dont il ressort notamment que les éléments objectifs révélés ne permettaient pas de retenir une modification durable de la personnalité du recourant, comme le suggéraient les experts, 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.

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, plus de dix ans plus tôt.

15. Suite à un projet demeuré incontesté, l'OCAI a, sur la base de l'avis du SMR, rendu une décision de refus de rente d'invalidité le 23 janvier 2009, notifiée au recourant le 26 janvier suivant.
16. Par acte adressé au Tribunal de céans le 25 février 2009, l'assuré a interjeté recours contre ladite décision, concluant à ce qu'elle soit annulée et à ce qu'un taux d'invalidité lui permettant de percevoir une rente d'invalidité pour une durée indéterminée soit évalué sur la base d'une nouvelle expertise sollicitée préalablement.

À l'appui de ses conclusions, le recourant fait notamment valoir qu'il serait « présomptueux » d'affirmer qu'il est parfaitement apte à exercer une activité professionnelle, alors que la maladie dont il est porteur contribue réellement à l'affaiblir, tant sur la plan physique que psychologique. D'autre part, il ne partage pas l'avis de l'OCAI quand celui-ci souligne qu'il ne suivrait pas régulièrement le traitement nécessaire ; le virus dont il est porteur nécessite un traitement médicamenteux à vie, et s'il est vrai qu'il traverse parfois des périodes de découragement et d'abattement, il n'a jamais renoncé à se soigner, comme cela ressort de plusieurs rapports du Département de médecine interne des HUG. Pour le surplus, il se trouve dans une phase fragile de l'infection, avec un risque potentiel

de complications opportunistes ; il a donc besoin d'une prise en charge médicale régulière et d'un traitement continu.

17. Par un certificat médical destiné « à qui de droit » le 23 avril 2009, le docteur J \_\_\_\_\_, du Département de médecine interne des HUG, a attesté que le recourant, sous thérapie antirétrovirale depuis 1997, restait cependant avec une immunodéficience sévère. Sa prise en charge avait été compliquée par plusieurs interruptions de traitement, motivées par des événements intercurrents et traumatiques personnels. Il avait finalement accepté une évaluation psychiatrique pour ses troubles du comportement, et il avait besoin d'une période de repos en vue d'une reprise de traitement, interrompu suite au décès de son père, et de la prise en charge psychologique.
18. Par lettre expédiée au Tribunal dans le délai imparti, soit le 8 mai 2009, l'intimé a déclaré conclure au rejet du recours, motif pris de l'absence d'arguments permettant une appréciation différente du cas.
19. Par lettres du 29 mai 2009, le Tribunal a notamment informé les parties que la cause était gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56V al. 1<sup>er</sup> let. a ch. 2 de la loi genevoise du 22 novembre 1941 sur l'organisation judiciaire, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable à la présente procédure.

Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références citées). En particulier, les dispositions de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4<sup>e</sup> révision), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004 (RO 2003 3852), et celles de la nouvelle du 6 octobre 2006 (5<sup>e</sup> révision), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008, sont régies par ce principe.

C'est encore le lieu de préciser que, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale,

d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références).

3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 38 et 56 ss LPGA), le recours déposé à l'office postal le 25 février 2009 conformément à l'art. 39 al. 1<sup>er</sup> LPGA est recevable.
4. Le litige porte sur le droit du recourant au versement d'une rente d'invalidité et, au vu des principes qui viennent d'être rappelés, il doit être examiné d'après l'état de fait qui existait au moment où la décision litigieuse a été rendue, soit le 23 janvier 2009.
5. En vertu de l'art. 28 al. 1<sup>er</sup> LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

Il y a interruption notable de l'incapacité de travail lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant trente jours consécutifs au moins (art. 29<sup>ter</sup> du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI ; RS 831.201]).

L'art. 28 al. 2 LAI dispose en outre que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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.

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<sup>er</sup> LPGA et 4 al. 1<sup>er</sup> 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. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain (art. 7 al. 1<sup>er</sup> et al. 2, 1<sup>ère</sup> phrase LPGA, dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008).

La notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est donc une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de

l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (voir ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1<sup>er</sup> LAI. On ne considère cependant pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté. Il n'y a en effet incapacité de gain que si l'atteinte à la santé n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2, 2<sup>e</sup> phrase LPGA) ; la mesure de ce qui est exigible doit donc être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; voir aussi ATF 127 V 294 consid. 4c *in fine*).

À teneur de la jurisprudence constante du Tribunal fédéral (TF), une dépendance comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance ou la toxicomanie ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. En revanche, elle joue un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une atteinte à la santé physique ou mentale qui nuit à la capacité de gain de l'assuré, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (ATF 99 V 28 consid. 2 ; VSI 2002 p. 32 consid. 2a, 1996 p. 319 consid. 2a).

Dans un arrêt du 5 octobre 2001 (ATF 127 V 294), le TF a précisé sa jurisprudence relative aux atteintes à la santé psychique. Ainsi, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1<sup>er</sup> LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels ; il faut encore que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels que, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels et qui doit, de manière autonome, influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a *in fine* ; VSI 2000 p. 155 consid. 3).

S'agissant des troubles dépressifs, il y a encore lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale

Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4<sup>e</sup> édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le TF, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive qui ne doit pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 *in fine* ; MEYER/BLASER, *op. cit.*, p. 81, note 135).

6. En l'espèce, et comme cela ressort déjà de l'arrêt rendu par le Tribunal de céans le 12 septembre 2006, il a été établi que la pseudarthrose secondaire à une fracture de l'humérus gauche depuis 1992 n'entraîne aucune limitation fonctionnelle pour le recourant, qui est droitier. Il a en outre été établi depuis lors que, du strict point de vue infectiologique, il n'y a pas de contre-indication à la reprise d'une activité professionnelle, le pronostic étant à cet égard entièrement conditionné au respect du traitement antirétroviral. Il convient par conséquent de retenir que, sur le plan somatique, la capacité de travail du recourant est entière.

Sur le plan psychique, il y a lieu de relever que les experts psychiatres ont constaté des modifications durables de la personnalité du recourant, dont la chronicisation semble avoir été fortement influencée par la non-acceptation de sa séropositivité, et qui se traduisent par des difficultés relationnelles et un retrait social qui limitent sa capacité d'intégration socioprofessionnelle et favorisent l'inobservation des prescriptions médicales. A d'autre part été établie une dépendance à l'alcool qui influence à la fois la fatigue, la fatigabilité, les troubles de concentration et la même inobservation du traitement prescrit. Cela étant, il apparaît que, moyennant une prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique et l'adaptation de l'environnement professionnel aux limitations socioprofessionnelles qui viennent d'être évoquées, la capacité résiduelle de travail du recourant était de 80% ou davantage.

Au vu de ces éléments, force est de constater que les exigences rappelées plus haut pour qu'une invalidité soit reconnue, soit en particulier la mise en évidence, par le médecin spécialisé, d'un substrat médical pertinent entravant de manière importante la capacité de travail de l'intéressé, font ici défaut.

Que, pour le recourant, la charge physique et psychique liée à l'infection et à son traitement soit considérable ne fait pas de doute. À cet égard, il convient cependant de ne pas perdre de vue que, selon l'expertise psychiatrique et l'attestation du docteur J\_\_\_\_\_, le traitement prescrit a été interrompu à plusieurs reprises, notamment suite au décès du père du recourant, de sorte que les conséquences potentiellement dommageables de ce traitement et de son interruption ne sauraient être, en l'état, prises en considération. Ce serait en effet trancher sans fondement la question du caractère durable ou non de l'incapacité de travail du recourant au cours de cette période, les indices recueillis sur ce point n'étant pas univoques. Pour cette raison, il convient en particulier d'écarter l'avis des experts psychiatres,

d'ailleurs fondé sur les seules données anamnestiques recueillies, selon lequel l'activité de peintre en bâtiment n'était, de manière constante, exigible qu'au taux de 60% depuis 2006.

D'autre part, s'agissant de la fatigue, de la fatigabilité et des troubles de la concentration engendrés principalement par l'usage d'alcool, rien n'indique en quoi une telle atteinte serait, pour le recourant, objectivement insurmontable en faisant preuve de bonne volonté. À cet égard, il apparaît que le besoin de repos reconnu par le docteur J.\_\_\_\_\_ se justifierait seulement par la reprise d'un traitement dont les interruptions successives n'étaient, quant à elles, pas médicalement justifiées, et par la prise en charge psychologique de son patient. On chercherait donc en vain une entrave importante et durable à la capacité de travail du recourant à une époque où, précisément, celui-ci négligeait de se soumettre au traitement prescrit et à une telle prise en charge.

En toute hypothèse, il s'impose, au vu de ce qui précède, de considérer que la condition de la persistance de l'atteinte mentale ou psychique après les traitements et les mesures de réadaptations exigibles, prévue à l'art. 16 LPGA précité, n'était pas réalisée au moment de la reddition de sa décision par l'OCAI.

Pour ce qui est du diagnostic de trouble dépressif, épisode léger, les médecins consultés sont d'avis qu'il s'agit d'une manifestation réactive qui fait suite au diagnostic de séropositivité, en ce sens que le recourant éprouve encore de la difficulté à concevoir un avenir où ce dernier diagnostic serait constamment présent, de sorte qu'il se devrait d'affronter, outre l'inconfort physique et psychique lié au traitement, une absence de perspectives et des sensations occasionnelles de « ras le bol ». Sur ce point, les éléments recueillis commandent de considérer que la gravité de ces troubles, dont le SMR n'admet d'ailleurs pas le diagnostic, n'a pas été établie à satisfaction de droit.

En conséquence, il y a lieu de constater que c'est à bon droit qu'à défaut d'avoir établi l'existence d'une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable, l'OCAI a nié le droit du recourant au versement d'une rente d'invalidité.

Il va cependant de soi que si une aggravation de son état de santé devait être établie à une époque postérieure à celle qui fait l'objet de la présente décision, par exemple du fait du lourd traitement exigé par la trithérapie prescrite, le recourant serait tout à fait libre de réitérer sa demande de prestations à l'OCAI.

7. Pour le surplus, un émolument de 200 fr. sera mis à la charge du recourant en application de l'art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI, qui prévoit que, en dérogation à l'art. 61 let. a, LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice, le montant des frais étant fixé en fonction de la charge liée à la

procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et devant se situer entre 200 et 1'000 fr.

**PAR CES MOTIFS,  
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant.
4. Informe les parties 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 du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF) ; 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

Isabelle DUBOIS

Le secrétaire-juriste :            Olivier TSCHERRIG

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