

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 août 2011

Présidence de M. JOMINI
Juges : MM. Monod et Schmutz, assesseurs
Greffière : Mme Favre

Cause pendante entre :

V._____, p.a. EMS la Pommeraie, à Château-d'Oex, recourant, représenté par Me Jean-Marie Agier, avocat au Service juridique d'Intégration Handicap, à Lausanne,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé.

Art. 4 al. 1 LAI; art. 17 LPGA

E n f a i t :

A. V._____ (ci-après: l'assuré), né en 1977, célibataire, au bénéfice d'un CFC d'horloger, a déposé, le 10 octobre 2003, une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une rente. Il a indiqué avoir travaillé pour l'entreprise B._____ du 1^{er} septembre au 7 octobre 2001, puis pour l'entreprise A._____ du 8 août au 12 septembre 2002, date à laquelle il a été licencié et s'est retrouvé sans emploi.

Dans un rapport médical du 16 octobre 2003 adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'Office AI), les médecins de l'Unité de psychiatrie ambulatoire (ci-après: UPA), à Orbe, ont attesté des périodes d'incapacité de travail suivantes: du 8 octobre 2001 au 7 août 2002, et du 13 septembre 2002 au 31 mars 2004. Ils ont posé les diagnostics de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline (F 60.31), de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F 33.11), d'anxiété généralisée (F 41.1), de syndrome de dépendance aux opiacés, actuellement en régime de substitution sous méthadone (F 11.22), ainsi que de dépendance au cannabis, utilisation continue depuis 2003.

Par avis du 27 juillet 2005, le Service médical régional de l'AI (ci-après: le SMR) a estimé qu'il était nécessaire de mettre en œuvre une expertise psychiatrique, qui a été confiée au Dr Q._____, psychiatre FMH à Genève.

Dans son rapport d'expertise du 28 août 2006, ce psychiatre a posé le diagnostic de troubles mentaux du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives (F 10 à F14) et attesté une incapacité de travail entière dans l'activité d'horloger depuis 2001. Il estimait que des mesures de reclassement étaient envisageables mais passaient par un sevrage plus important des différentes substances ingérées par l'assuré.

La partie «status mental» du rapport décrit un jeune homme, collaborant, influençable, passif, intelligent (pas d'indication selon le psychiatre à des tests spécifiques), soumis, parlant spontanément de sa dépendance aux toxiques, reconnaissant le rôle des psycho-stimulants dans la survenue de ses angoisses et difficultés, affirmant «naïvement» que s'il n'en avait pas consommé, il serait décidé et indépendant. Le psychiatre n'a pas observé de trouble cognitif clinique ni de trouble du cours de la pensée ni phénomène psychosensoriel. Sur le plan de l'humeur, l'assuré était normothymique au moment des entretiens (qui se sont déroulés entre mai et août 2006), il a cependant évoqué des épisodes dépressifs réactionnels à des déceptions sentimentales et échecs professionnels. Sur le plan de la personnalité, le psychiatre a retenu des traits de caractère de type asthénique et passif, qui ne constituaient toutefois pas, selon lui, une perturbation suffisamment sévère, durable ou amenant une souffrance personnelle considérable pour pouvoir poser un trouble spécifique de la personnalité.

Par avis médical du 27 septembre 2006, le SMR (Dr M. _____) a indiqué qu'au vu du dossier, et en particulier de l'expertise du Dr Q. _____, l'assuré présentait une toxicomanie primaire, de laquelle découlaient tous les problèmes d'insertion et de capacité de travail actuels. L'expert ayant expliqué de manière claire et convaincante que l'incapacité de travail, probablement définitive au vu du pronostic sombre quant à la réussite d'un sevrage, était exclusivement due à la consommation de substances psycho-actives, sans pathologie antérieure démontrée.

Par décision du 5 décembre 2006, notifiée au tuteur de l'assuré — celui-ci étant au bénéfice d'une mesure de tutelle volontaire —, l'Office AI a nié tout droit aux prestations AI au motif que l'assuré présentait une toxicomanie primaire qui n'était pas constitutive d'une invalidité au sens de la jurisprudence. Cette décision n'a pas fait l'objet d'un recours et est entrée en force.

B. Le 20 septembre 2008, l'Office du Tuteur général a informé l'Office AI qu'il était désormais en charge de la tutelle de l'assuré.

Le 27 octobre 2008, le Tuteur général a déposé une nouvelle demande de rente. Il joignait un avis médical de l'UPA qui attestait une aggravation de l'état de santé de l'assuré, au motif qu'il souffrait non seulement d'une toxicomanie mais également d'une pathologie associée, dont le diagnostic différentiel était soit une évolution schizophrénique, soit un trouble de la personnalité schizoïde. L'assuré devait à moyen terme pouvoir bénéficier d'un traitement en foyer avec un encadrement psycho-social structurant.

Par décision du 18 mai 2009, l'Office AI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assuré, au motif qu'il n'avait pas rendu vraisemblable une aggravation de son état de santé depuis la décision initiale de refus de prestations. Cette décision n'a pas été contestée.

C. Une troisième demande de prestations AI a été déposée le 22 octobre 2009 par le Tuteur général, au motif qu'une expertise psychiatrique avait confirmé que l'assuré souffrait d'une atteinte à la santé psychiatrique invalidante.

Cette expertise a été effectuée par l'UPA sur mandat de la Justice de paix des districts du Jura — Nord vaudois, afin «d'évaluer les limites et possibilités de l'expertisé liées à sa problématique». Dans leur rapport du 24 juillet 2009, les Drs H._____, médecin adjoint et W._____, médecin assistante, ont posé les diagnostics de trouble mixte de la personnalité avec traits immatures, dépendants, anxieux et schizoïdes (F 60.0), de phobie sociale (F 40.1), de dysthymie (F 34.1), avec un diagnostic différentiel de schizophrénie simple (F 20.6), ainsi que de syndrome de dépendance à de multiples substances (actuellement utilisation épisodique d'alcool et de cannabis, en milieu protégé, cocaïne héroïne, ecstasy et LSD actuellement abstinent) avec troubles cognitifs. Des tests neuropsychologiques ont également été effectués par la

psychologue-adjointe de l'UPA (Mme [...]), les 18 mars et 3 juin 2009. Le premier examen a mis en évidence des troubles sévères de la mémoire antérograde en conditions d'apprentissage et de récupération différées, auxquels s'associait un affaiblissement des aptitudes attentionnelles et exécutives chez un patient qui paraissait mal apprécier la sévérité de ses difficultés cognitives, lesquelles constituaient des séquelles probables d'une consommation abusive de substances. Le diagnostic de dysfonctions mnésiques, exécutive et attentionnelle était retenu et seule une activité occupationnelle était envisageable. Le second test a mis en évidence une évolution favorable du tableau neuropsychologique laissant cependant persister au premier plan des troubles mnésiques verbaux et un ralentissement.

Sous la rubrique "discussion", les experts ont exposé ce qui suit:

"Notre investigation montre un homme immature, présentant une problématique d'émancipation et d'autonomisation, un manque de confiance en lui, des angoisses et des difficultés dans les relations avec autrui, ayant commencé l'utilisation de toxiques afin de se sentir à l'aise avec ses copains et dans un but festif. Après un premier sevrage à l'âge de 22 ans avec 14 mois d'abstinence, on relève une première rechute dans un contexte de rupture sentimentale, puis de l'IVG de sa nouvelle amie, puis d'une nouvelle rupture sentimentale avec, à chaque fois, augmentation de la consommation de toxiques. Par la suite, il a effectué de nombreux sevrages, qu'il arrête prématurément ou interrompus en raison de consommations, suivis à chaque fois de rechute, avec cependant abandon de certaines substances, les derniers toxiques étant la cocaïne, l'alcool et le cannabis. Monsieur V._____ ne s'est jamais injecté de substances et on relève une mobilisation constante des parents.

Hormis les dépendances, de nombreux diagnostics psychiatriques ont été évoqués.

La pose d'un diagnostic psychiatrique n'est pas aisée, l'expertisé ayant consommé durant de nombreuses années. Il est en effet

difficile de faire la part des choses entre ce qui appartient à des troubles consécutifs à la consommation ou à une pathologie psychiatrique préexistante.

Suite à notre investigation et aux différents entretiens, nous avons retenu un diagnostic de trouble de la personnalité. En effet nous avons observé un patient immature, peinant à prendre des décisions sans être rassuré ou conseillé de manière excessive par autrui ayant des difficultés à exprimer un désaccord avec autrui, avec la crainte de perdre son soutien ou son approbation, présentant des difficultés à initier des projets ou à faire des choses seul par manque de confiance en son propre jugement ou en ses propres capacités, mais aussi par manque de motivation ou d'énergie, craignant d'être incapable de se débrouiller, ayant peur d'être critiqué ou rejeté dans les situations sociales. Les points ci-dessus correspondent à des traits de personnalité immature, dépendante et anxieuse. Cependant, Monsieur V._____ n'a pas d'ami proche ou de confident en-dehors de ses parents du premier degré, n'a semblé, à certains moments de sa vie, n'éprouver du plaisir que dans de rares activités et a fait preuve par moments de détachement ou d'émoussement de l'affectivité, caractéristiques correspondant à des traits schizoïdes. Les traits décrits ci-dessus sont suffisamment invalidants pour que nous puissions retenir un trouble de la personnalité.

Les troubles de la personnalité sont des pathologies persistantes dont les manifestations peuvent cependant être atténuées par la psychothérapie.

Nous avons également observé une symptomatologie anxieuse, se manifestant dans des situations sociales ayant commencé à l'adolescence étant à l'origine tant d'un évitement de situations sociales que de consommations nous ayant menés à poser le diagnostic de phobies sociales. Ce trouble s'accompagne également d'une diminution de l'estime de soi et d'une peur de la critique, traits que nous avons également observés chez Monsieur V._____.

La phobie sociale peut être traitée, du moins en partie, par une approche thérapeutique comprenant un pôle psychothérapeutique et un pôle médicamenteux. Notons à ce sujet que l'expertisé reçoit un traitement de Remeron depuis longtemps, médicament antidépresseur sédatif. Si ce médicament a un effet sur la symptomatologie dépressive, d'autres antidépresseurs, comme le Citalopram ou la Venlafaxine par exemple, sont également indiqués dans le traitement des troubles anxieux dont la phobie sociale fait partie, et pourraient être prescrits. A noter qu'il conviendrait d'éviter la prescription de Fluoxétine, antidépresseur connu pour augmenter l'appétence à l'alcool.

Par ailleurs, Monsieur V._____ a présenté de manière chronique une humeur dépressive, avec baisse d'énergie, fatigue, faible estime de soi, difficultés de concentration ou difficulté à prendre des décisions, raisons pour lesquelles nous avons retenu un diagnostic de dysthymie.

Cependant, l'inhibition, l'apragmatisme, le retrait social, l'abolition, la perte d'intérêt et l'inactivité pourraient être également compris comme une symptomatologie négative appartenant à un trouble du spectre de la schizophrénie.

Outre les pathologies psychiatriques mentionnées ci-dessus, Monsieur V._____ présente un syndrome de dépendance à de multiples substances, compliqué de troubles cognitifs. Ces derniers ont cependant régressé entre mars et juin 2009, comme objectivés par les examens neuropsychologiques effectués par Madame [...]. Il est encore trop tôt, à notre avis, pour se prononcer sur la persistance de ces troubles, qui pourraient éventuellement être encore améliorés par une abstinence de plus longue durée.

[...]

1. L'expertisé est-il atteint de troubles psychiatriques ? Les décrire et préciser le diagnostic.

Oui, Monsieur V._____ souffre d'un trouble mixte de la personnalité, d'une phobie sociale et de dysthymie, avec un

diagnostic différentiel de schizophrénie simple. Ces diagnostics sont décrits plus haut.

2. S'agit-il de troubles momentanés et curables dans un laps de temps plus ou moins court ou leur durée ne peut-elle être prévue ?

La phobie sociale peut être traitée, du moins en partie, par une approche psychothérapeutique et médicamenteuse. Le trouble de la personnalité et la dysthymie sont des pathologies au long cours, mais des traitements psychothérapeutiques et si nécessaire symptomatiques peuvent également aider les personnes en souffrant.

3. L'expertisé souffre-t-il d'une dépendance à une ou plusieurs substances ? Dans l'affirmative, laquelle/lesquelles et à quel degré ?

Oui, Monsieur V. _____ souffre d'une dépendance à de multiples substances, sévères en ce qui concerne l'alcool et le cannabis, les autres substances ayant été progressivement abandonnées."

Ayant pris connaissance de cette expertise, le psychiatre du SMR (Dr Z. _____) s'est déterminé dans un avis médical du 4 mars 2010 qui a la teneur suivante:

"Cette 3^e demande est motivée par une expertise médicale en date du 24 juillet 2009 à la demande du juge de paix pour le tuteur général réalisée par les médecins du Secteur Psychiatrique Nord. Cette expertise correspond aux critères d'appréciation d'une expertise ayant valeur probante avec:

- > Une étude fouillée des points litigieux importants
- > Des examens complets en particulier neuropsychologiques
- > Avec prise en considération des plaintes exprimées par l'assuré
- > En pleine connaissance du dossier, tout particulièrement l'anamnèse médicale
- > Description claire du contexte médical et de sa difficulté d'appréciation
- > Motivation des conclusions.

Si bien que les diagnostics proposés doivent pouvoir être retenus à savoir:

- o trouble mixte de la personnalité avec trait immature, dépendant, anxieux et schizoïde (F61.0),
- o phobie sociale (F 40.1),
- o dysthymie (F 34.1),
- o syndrome de dépendance à de multiples substances, actuellement utilisation épisodique d'alcool et de cannabis en milieu protégé et cocaïne, héroïne, ecstasy et LSD, actuellement abstinent avec trouble cognitif (F 19).

Il est à noter que ces éléments médicaux ne sont pas strictement nouveaux et sont évoqués page 13 de l'expertise du Dr Q. _____ en date du 28 août 2006 évoquant un rapport médical des Drs J. _____ et R. _____ en date du 1^{er} avril 2005 évoquant un trouble de personnalité émotionnellement labile, type borderline (F 60.31), un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique existant depuis 2001 (F 33.11), anxiété généralisée (F 41.1), syndrome de dépendance aux opiacés, actuellement en régime de substitution sous Méthadone existant depuis 2003 (F 11.22), syndrome de dépendance au cannabis, utilisation continue (F 12.25).

Ce d'autant, que le Dr Q. _____ précise page 17 de son expertise:

B Influences sur la capacité de travail,

1. Limitations (quantitatives et qualitatives) en relation avec les troubles constatés:

au plan physique, psychique et social, les troubles constatés ont limité quantitativement et qualitativement la capacité de travail, la capacité résiduelle de travail en tant qu'horloger est nulle.

Nous pouvons donc considérer que malheureusement l'évolution d'une pathologie déjà signalée lors de l'expertise du Dr Q. _____ en août 2006 s'est péjorée avec malgré les difficultés diagnostiques et sémantiques, la possibilité plus claire au titre de l'évolution, de préciser la comorbidité psychiatrique manifestement installée de longue date ayant agi comme moteur de l'évolution morbide.

Les limitations fonctionnelles sont signifiées page 17 de l'expertise médicale du 5 novembre 2009 à savoir, inhibition, apragmatisme, retrait social, avolition, perte d'intérêt, inactivité, faible estime de soi, difficultés de concentration, difficultés à prendre des décisions.

Nous rappellerons que la capacité de travail estimée par le Dr Q. _____ dans son expertise d'août 2006 est déjà considérée comme nulle,

- mais compte tenu du passé psychiatrique de l'assuré, il nous semble que l'hospitalisation sur un mode d'office à fin 2002, où est notée la symptomatologie avec: un ralentissement global, un discours pauvre, des réponses laconiques, une attitude passive, une importante pauvreté affective, des symptômes anxieux chez un patient qui nie un sentiment de tristesse et qui est décrit comme apragmatique,
- doit pouvoir marquer le début de la décompensation psychiatrique.

La capacité de travail est nulle dans toute activité dès fin 2002."

L'avis du Dr Z. _____ a été suivi par le Dr K. _____, médecin-chef adjoint du SMR (avis médicaux des 10 mars et 21 juin 2010).

D. Par décision du 9 novembre 2010, qui faisait suite à un préavis du 16 septembre 2010 dans le même sens, à propos duquel l'assuré n'avait émis aucune objection, l'Office AI a rejeté la demande de prestations AI, au motif d'une part que la décision initiale de refus de rente du 5 décembre 2006 n'était manifestement pas erronée de sorte qu'une reconsidération était exclue, et d'autre part que ni l'expertise effectuée par l'UPA ni les avis médicaux ultérieurs du SMR ne permettaient d'admettre une aggravation notable de l'état de santé de l'assuré, hormis la dépendance aux substances toxiques. L'Office AI en a conclu que l'avis des experts et du SMR constituait une appréciation différente d'une situation identique n'ouvrant pas le droit à la révision.

E. Par acte du 9 décembre 2010, l'assuré, représenté désormais par l'avocat Me Jean-Marie Agier, a recouru contre cette décision, concluant à sa réforme en ce sens qu'il soit reconnu une aggravation de l'état de santé du recourant, et que le dossier soit renvoyé à l'Office AI pour qu'il se détermine sur le taux d'invalidité et rende une nouvelle décision.

Dans sa réponse du 9 février 2011, l'Office AI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

E n d r o i t :

1. Déposé dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée (art 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]) auprès du tribunal compétent (art 69 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20] en dérogation à l'art. 58 LPGA), le présent recours, qui respecte au surplus les conditions formelles du droit fédéral (notamment l'art. 61 let. b LPGA) est recevable.

2. Le recourant demande l'octroi d'une rente d'invalidité en raison d'une aggravation de son état de santé et se plaint d'une mauvaise appréciation de sa situation médicale par l'Office AI.

Est donc seul litigieux le droit à la rente aux conditions légales de la révision en raison de l'évolution des circonstances (cf. art. 17 LPGA), le recourant ne contestant pas, à juste titre, que les conditions à la reconsidération (cf. art. 53 al. 2 LPGA) de la décision initiale de refus de rente du 6 décembre 2006 ne sont pas réalisées.

a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI).

Aux termes de l'art. 87 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 3). 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 les conditions prévues à l'al. 3 sont remplies (al. 4). Quand l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA. Si elle constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 109 V 115 consid. 2b, 117 V 198 consid. 3a).

Conformément à l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. 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. 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 et les références).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. 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 (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2 et les références; TF 8C_704/2007 du 9 avril 2008, consid. 2). La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 261 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; VSI 2002 p. 64; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.1).

c) En l'occurrence, la décision initiale de refus de rente du 5 décembre 2006 était fondée sur l'existence d'une toxicomanie primaire. Ce diagnostic avait été posé par l'expert Q._____ (rapport d'expertise du 28 août 2006) et confirmé par les médecins du SMR (avis SMR du 27 septembre 2006).

La dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, ne constitue pas en soi, selon la jurisprudence, une invalidité au sens de la loi. Elle joue en revanche un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui a valeur de

maladie (ATF 124 V 265, consid. 3c). La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale, incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique (TF 9C_395/2007 du 15 avril 2008, consid. 2.2). L'existence d'une comorbidité psychiatrique – dont le diagnostic a été posé *lege artis* – ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité du chef d'une dépendance; il est nécessaire que l'affection psychique mise en évidence contribue pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain présentée par la personne assurée (TF 9C_395/2007 du 15 avril 2008, consid. 2.4). Lorsqu'une toxicodépendance n'est ni la cause ni la conséquence d'une atteinte à la santé physique ou psychique ayant valeur de maladie, on emploie parfois la terminologie d'affection "*primaire*", qui n'est pas constitutive d'invalidité au sens de la jurisprudence fédérale (cf. TF 9C_219/2007 du 3 avril 2008, consid. 3).

d) Pour admettre une aggravation de l'état de santé du recourant, il faut donc selon la jurisprudence que le recourant présente une atteinte invalidante consécutive à la dépendance ou qui s'est développée en parallèle à celle-ci depuis la date de la décision initiale de refus de rente du mois de décembre 2006. En effet, à cette date, le recourant ne présentait pas d'atteinte à la santé psychique invalidante, l'expert Q._____ ayant alors considéré que les traits de caractère de l'assuré ne constituaient pas une perturbation suffisamment sévère, durable ou amenant une souffrance personnelle considérable, pour poser le diagnostic de trouble spécifique de la personnalité.

aa) Dans un premier avis médical du 3 avril 2008, les psychiatres de l'UPA ont attesté une aggravation de l'état de santé, l'assuré souffrant, selon eux, non seulement d'une toxicomanie mais également d'une pathologie associée, dont le diagnostic différentiel était soit une évolution schizophrénique, soit un trouble de la personnalité schizoïde. Dans leur rapport d'expertise du 24 juillet 2009, ils ont précisé qu'il s'agissait d'un trouble de la personnalité invalidant (trouble mixte de la personnalité avec traits immatures, dépendants, anxieux et schizoïdes

(F 60.0), phobie sociale (F 40.1), dysthymie (F 34.1), avec un diagnostic différentiel de schizophrénie simple (F 20.6), syndrome de dépendance à de multiples substances avec troubles cognitifs). Les tests neuropsychologiques, pratiqués à l'occasion de cette expertise, ont également mis en évidence des troubles mnésiques verbaux et un ralentissement qui persistaient malgré une évolution favorable.

Les médecins du SMR ont également constaté une aggravation de l'état de santé du recourant sous la forme d'une atteinte à sa santé psychique (cf. avis médicaux du SMR des 4, 10 mars et 21 juin 2010). En particulier, le psychiatre Z._____ a relevé que «l'évolution d'une pathologie déjà signalée lors de l'expertise du Dr Q._____ en août 2006 s'est péjorée avec malgré les difficultés diagnostiques et sémantiques, la possibilité plus claire au titre de l'évolution, de préciser la comorbidité psychiatrique manifestement installée de longue date ayant agi comme moteur de l'évolution morbide».

Ainsi, les médecins appelés à se prononcer sur la situation du recourant, aussi bien dans le cadre du mandat tutélaire (expertise UPA) que de l'instruction de la demande de prestations AI (rapport d'examen SMR), ont rendu vraisemblable une aggravation de l'état de santé psychique du recourant. On ne peut dès lors pas uniquement retenir l'existence d'une situation de toxicodépendance stable.

bb) Cela étant, l'existence d'une comorbidité psychiatrique - dont le diagnostic a été posé lege artis - ne constitue pas encore selon la jurisprudence du Tribunal fédéral un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité en présence d'un diagnostic de toxicodépendance (cf. consid. 2c supra). Il faut encore que cette atteinte contribue pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain présentée, et que dans le cadre d'une procédure de révision selon l'art 17 LPGA, elle soit apparue postérieurement à l'époque où la décision de refus de rente fondée sur l'expertise du Dr Q._____ constatant l'absence d'atteinte psychiatrique invalidante a été rendue (cf. consid. 2a supra).

En l'occurrence, l'expertise de l'UPA ne permet pas de déterminer si les troubles psychiques diagnostiqués sont apparus consécutivement à la toxicomanie du recourant ou se sont développés en parallèle à celle-ci depuis la date de la précédente décision de refus de rente. Les experts ne se sont pas plus déterminés sur les conséquences que ces troubles entraînaient sur la capacité de travail du recourant. Il est vrai que l'expertise de l'UPA n'a pas été ordonnée par l'Office AI conformément à l'art 44 LPGA (expertise mise en œuvre par l'assureur social), et que ces questions n'ont pas été posées aux experts dans le cadre du mandat tutélaire. Cela ne signifie pas pour autant que cette expertise soit privée de sa valeur probante; néanmoins, certains éléments pertinents pour évaluer l'invalidité, singulièrement l'aggravation depuis la décision précédente de l'OAI n'ont pas été investigués.

On constate de même que les avis médicaux du SMR des Drs Z._____ et K._____ - qui ne sont pas des rapports d'examen clinique psychiatrique - vont dans le sens d'une constatation d'une aggravation de l'état de santé du recourant; les médecins du SMR n'ont cependant pas pris position sur tous les éléments pertinents susmentionnés.

Il n'en demeure pas moins que, sur la base de l'expertise de l'UPA et des avis du SMR, l'Office AI devait constater que les conditions juridiques pour une révision de la rente paraissaient remplies et que, partant l'instruction devait être complétée sur le plan médical. Il était ainsi nécessaire d'obtenir du SMR une «klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung» (cf. TF 9C_243/2010 consid. 4.4.1.4). Comme les spécialistes du SMR avaient déjà rédigé un rapport contenant des éléments sérieux allant dans le sens d'une aggravation de l'état de santé, l'Office AI devait, conformément à son devoir d'instruction d'office, demander à ces médecins de compléter, en principe, sur la base d'un examen psychiatrique, leur appréciation médicale (cf. art. 57 al. 1 let. e et f LAI, 43 LPGA).

e) Il ressort de ce qui précède que la décision de refus de rente rendue le 9 novembre 2010 par l'Office AI n'est pas conforme au droit fédéral, puisqu'elle a été rendue sur la base d'une instruction incomplète sur le plan médical. Elle doit par conséquent être annulée et le dossier retourné à cet office pour qu'il procède aux mesures d'instruction nécessaires. En principe, un examen psychiatrique au SMR est suffisant, et une expertise indépendante conforme à l'art. 44 LPGA n'apparaît pas indispensable. Le recourant ne demande au demeurant pas expressément la mise en œuvre d'une telle expertise ni même d'une expertise judiciaire. Cela étant, si l'Office AI arrive à la conclusion – le cas échéant sur la base d'un nouvel avis du SMR – qu'une expertise psychiatrique par un spécialiste du COMAI est opportune, il lui incombera de statuer dans ce sens.

3. En définitive, le recours est admis et la décision attaquée, annulée. La cause est renvoyée à l'Office AI pour nouvelle décision après complément d'instruction au sens des considérants qui précèdent.

Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'aide d'une organisation d'aide aux invalides, a droit à des dépens (cf. ATF 135 V 473 consid. 3.1; art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à un montant de 1'000 francs. Le recourant est en outre au bénéfice de l'assistance judiciaire. L'indemnité précitée, mise à la charge d'une institution d'assurances sociales, est à même de couvrir la rémunération du conseil d'office, de sorte qu'il n'y a pas lieu de fixer le montant de l'indemnité qui aurait dû lui être versée (art. 118 et 122 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]). Il n'est pas perçu de frais judiciaires (art. 52 al. 1 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 9 novembre 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause renvoyée à cet office pour nouvelle décision après complément d'instruction au sens des considérants.

- III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant V. _____ une indemnité de 1000 fr. (mille francs), à titre de dépens.

- IV. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Jean-Marie Agier (pour M. V. _____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17

juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :