

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 26 mars 2013

---

Présidence de       Mme     PASCHE  
Juges     :     M.     Monod et Mme Feusi, assesseurs  
Greffier     :     M.     Simon

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**V.**\_\_\_\_\_, à Vevey, recourante, représentée par Procap, Service juridique,  
à Bienne,

et

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

---

**Art. 8 al. 1 LPGA; art. 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** V. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée), née en 1957, titulaire d'un CFC de décoratrice, a notamment travaillé pour l'entreprise de son mari R. \_\_\_\_\_ SA, à Saint-Légier.

Le 31 janvier 2011, l'assurée a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) une demande de prestations d'invalidité, en indiquant présenter une incapacité de travail totale depuis 2008 et en se prévalant d'angoisses, de dépression, de troubles du sommeil ainsi que de double hernie discale.

Pour l'instruction de cette demande sur le plan médical, l'OAI s'est adressé à la Dresse H. \_\_\_\_\_, psychiatre traitant. Dans un rapport du 1<sup>er</sup> mars 2011, cette spécialiste a posé les diagnostics de personnalité dépendante, d'anxiété généralisée, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, de syndrome de dépendance, utilisation continue, et de psychose non organique, sans précision. La Dresse H. \_\_\_\_\_ a fait état d'un traitement depuis le 9 août 2010 et retenu une incapacité de travail à 100% depuis cette même date. Elle s'est également prononcée sur les limitations fonctionnelles.

Dans un questionnaire pour l'employeur rempli le 11 mars 2011, R. \_\_\_\_\_ SA a indiqué que l'assurée avait travaillé dans cette entreprise du 1<sup>er</sup> janvier 2003 au 31 août 2009, pour un salaire annuel de 39'000 fr. et avec un horaire de 42.5 heures de travail par semaine.

Dans un formulaire de l'OAI rempli le 15 mars 2011, l'assurée a indiqué qu'elle travaillerait à 80% si elle était en bonne santé.

L'OAI s'est également adressé au Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale et médecin traitant de l'assurée. Dans un rapport du 5 avril 2011, ce praticien a diagnostiqué une consommation excessive

d'alcool, fait état d'un suivi du 1<sup>er</sup> septembre 2008 au 23 avril 2010 et retenu une incapacité de travail de 100% depuis le 31 août 2009. Il a indiqué ce qui suit dans l'anamnèse:

"Patiente dépressive depuis de longues années avec semble-t-il une consommation d'alcool excessive déjà ancienne.  
Patiente en refus de tout traitement psychiatrique ou tout suivi psychiatrique pendant de nombreux mois. Ne m'ayant pas laissé énormément d'alternative pour l'aider.  
Par ailleurs, résistance à tout essai thérapeutique.  
Sur cela, s'est ajouté un conflit familial très important qui n'a pas amélioré la situation.  
Rupture de contact avec la patiente sur son initiative, suite à un rapport demandé par son avocate et n'ayant évidemment pas convenu.  
Actuellement, sa psychiatre m'a demandé de bien vouloir la prendre en charge du point de vue médecine générale et surveillance du traitement, ce que j'ai accepté. Je n'ai pas encore revu la patiente depuis 1 année".

Le cas a été soumis au Service médical régional AI (ci-après: le SMR), qui a retenu, dans un rapport du 20 avril 2011 du Dr N.\_\_\_\_\_, qu'une enquête ménagère n'avait pas de sens et qu'il convenait d'investiguer la question de la capacité de travail et celle de la consommation d'alcool.

Par communication du 26 avril 2011, l'OAI a retenu qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible, dès lors que l'état de santé de l'assurée n'était pas encore stabilisé.

A la demande de l'OAI, le Dr D.\_\_\_\_\_ a indiqué en date du 30 juin 2011 que l'assurée l'avait consulté pour la dernière fois le 25 mai 2011, que la prise d'alcool semblait perdurer (au vu d'une prise de sang effectuée en mai 2011), que l'abus d'alcool contribuait très probablement à l'aggravation de l'état psychique, qu'une maîtrise de la consommation d'alcool était très probablement exigible et que l'assurée avait une capacité de travail nulle, en raison d'une personnalité très instable aggravée par ses abus.

Dans un avis médical du SMR du 21 septembre 2011, les Drs N.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_, en l'absence d'un rapport psychiatrique

suffisamment précis, ont préconisé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

Lors de trois entretiens de novembre 2011 à janvier 2012, l'assurée a été soumise à un examen psychiatrique par le Dr G.\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute. Ce spécialiste s'est fondé sur l'anamnèse de l'assurée et sur un status clinique, comprenant notamment un examen neurocognitif ainsi que la recherche de symptômes psychotiques, de troubles de l'humeur, de signes d'anxiété généralisée, de troubles de la personnalité et de trouble de l'adaptation. Dans son expertise du 6 février 2012, le Dr G.\_\_\_\_\_ a retenu en particulier ce qui suit:

### **Diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail**

Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, avec syndrome de dépendance, en utilisation continue (depuis 2005, accentué depuis 2010). Il s'agit d'une dépendance éthylique primaire.

Episode dépressif récurrent moyen, en rémission. Il s'agit d'une pathologie secondaire à la dépendance éthylique.

### **Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail**

Trouble de la personnalité dépendante. Traits de personnalité paranoïaque, exacerbés lors des consommations éthyliques.

Anxiété généralisée, actuellement en rémission partielle.

### **APPRÉCIATION DU CAS ET PRONOSTIC**

Il s'agit d'une femme d'origine suisse, actuellement âgée de 54 ans, divorcée et mère d'une fille âgée de 16 ans. Aînée d'une fratrie de deux, l'investiguée a un frère cadet. L'explorée est née à terme et son développement psychomoteur s'est déroulé normalement durant l'enfance. L'assurée décrit avoir eu une enfance "un peu difficile", car elle aurait souffert d'un climat familial très autoritaire, où les punitions et les interdits étaient nombreux. L'explorée explique qu'elle a toujours eu peur de son père et que sa mère ne serait jamais intervenue en sa faveur.

L'expertisée a suivi son cursus d'études obligatoires à La Tour-de-Peilz, près de Vevey, avant d'effectuer un apprentissage en tant que décoratrice, pendant quatre ans. L'explorée a exercé le métier de décoratrice de 1973 à 1975, avant de travailler en tant que décoratrice et créatrice, jusqu'en 1977. Suite au divorce de ses parents nous notons l'éclosion d'un premier épisode dépressif chez l'intéressée, dans le contexte d'abus éthyliques réguliers. Cette situation a nécessité une prise en charge auprès de son médecin traitant.

Peu de temps après, l'investiguée a souhaité se réorienter professionnellement. Dans ce contexte, elle a travaillé en tant qu'aide-soignante jusqu'en novembre 1995, moment où elle a choisi de devenir femme au foyer, suite à la naissance de sa fille.

A noter un second épisode dépressif léger à moyen chez l'expertisée au moment de son accouchement et un troisième épisode léger lorsque sa fille aurait été soupçonnée de présenter un trouble de l'attention avec hyperactivité.

L'explorée a repris une activité professionnelle au sein de l'entreprise de son mari, propriétaire d'un garage de motos dès le 01.01.2003. Toutefois, depuis 2005, l'explorée a commencé une consommation d'alcool de plus en plus importante, dans un contexte de conflits conjugaux. La dépendance éthylique s'est compliquée d'un épisode dépressif moyen, invalidant depuis le 31.08.2009, nécessitant une prise en charge médicale auprès de son médecin traitant. Toutefois, l'investiguée a refusé un suivi psychiatrique régulier et un sevrage éthylique.

Depuis août 2010, l'expertisée est au bénéfice d'un suivi psychologique régulier, auprès de Madame U.\_\_\_\_\_, psychologue, à raison d'une séance par mois. L'investiguée bénéficie également d'une prise en charge psychiatrique auprès de la Doctoresse H.\_\_\_\_\_, psychiatre cheffe de clinique, à raison d'une séance mensuelle dans un premier temps et actuellement à raison d'une fois tous les trois mois à la [...]. Le traitement médicamenteux actuel est composé de Tranxilium 10 mg/jour et de Remeron 30 mg/jour, mais la compliance est partielle, rythmée par les abus éthyliques.

Intégrant les données du dossier médical aux informations anamnestiques actuelles, l'expert confirme l'existence des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, avec syndrome de dépendance en utilisation continue, dépendance primaire, qui a favorisé l'éclosion d'un épisode dépressif récurrent moyen, pathologie secondaire. Par ailleurs, l'investiguée présente une anxiété généralisée actuellement en rémission et un trouble de la personnalité dépendante. De plus, elle présente des traits de personnalité paranoïaque, exacerbés lors d'abus éthyliques, mais nous ne confirmons pas le diagnostic de psychose non organique, sans précision, présente depuis le début de l'âge adulte.

Tenant compte de l'ensemble du tableau clinique, la capacité de travail médico-théorique peut être considérée comme étant pleine et entière, en cas d'abstinence éthylique. Il existe une exigibilité asséculo-logique pour effectuer un sevrage éthylique, car il s'agit d'une dépendance éthylique primaire, ayant favorisé et précédé l'éclosion des épisodes dépressifs moyens.

Bien qu'il existe une exagération des plaintes (notamment au niveau des troubles de la concentration non objectivables), des avantages secondaires (avoir plus de temps pour récupérer après ses abus éthyliques plutôt qu'être confrontée à la recherche d'un emploi vécu comme étant difficile) et un important déconditionnement, la souffrance de l'investiguée apparaît comme étant réelle, ce qui montre que la prise en charge psychiatrique et psychologique

devront être poursuivies. Il existe également un risque de développer des troubles cognitifs et une pathologie hépatique invalidante dans les années à venir, au cas où l'investiguée poursuivra sa dépendance éthylique continue. Dans ce cas, des prestations octroyées par l'assurance invalidité seront nécessaires.

Des analyses devront vérifier régulièrement l'abstinence à l'alcool, mais aussi la compliance médicamenteuse au traitement antidépresseur qui devra être poursuivi pendant six mois après la disparition symptomatique pour minimiser le risque d'une rechute dépressive.

Le pronostic dépendra de la volonté de l'investiguée à s'inscrire activement dans une démarche de sevrage éthylique, poursuivie par un traitement de disulfiram si besoin et de sa motivation à prendre quotidiennement une médication antidépressive pendant au moins six mois.

## B. INFLUENCES SUR LA CAPACITÉ DE TRAVAIL

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

[...]

- au plan psychique et mental

Sur le plan psychique, les limitations à mettre en évidence sont en lien avec la fragilité psychique actuelle de l'investiguée qui présente des autolimitations importantes, dans le contexte d'une consommation éthylique excessive quotidienne.

Les capacités de concentration et intellectuelles ne sont pas altérées, selon les résultats obtenus aux tests psychométriques et elles ne sont pas à l'origine de franches limitations sur le plan psychique et mental.

L'expertisée est donc essentiellement limitée pour la réalisation d'un emploi stressant et surtout dans la réalisation des emplois la confrontant à un milieu social favorisant la consommation d'alcool (bar, discothèques, etc.).

- au plan social

L'intéressée a présenté une anxiété généralisée, aggravée par une consommation éthylique quotidienne. Toutefois, l'expertisée a pu travailler dans le passé et tisser des liens sociaux satisfaisants, malgré l'existence de son anxiété généralisée. Par ailleurs, actuellement elle a su maintenir de bonnes relations avec plusieurs amis qui la soutiennent régulièrement, donc nous ne retenons pas de franches limitations au niveau social.

### B. 2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

#### B. 2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici?

La dépendance éthylique utilisation continue (pathologie primaire) a précédé, favorisé l'éclosion et entretenu l'évolution des épisodes dépressifs récurrents (pathologie secondaire).

Le trouble de la personnalité dépendante a favorisé également des relations interpersonnelles difficiles qui ont abouti à une séparation conjugale. Ce trouble de la personnalité a également favorisé l'installation de la dépendance éthylique.

#### B. 2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

La capacité de travail médico-théorique peut être considérée comme étant pleine et entière, en cas d'abstinence éthylique dans tout emploi adapté au niveau d'acquisition de l'investiguée et à ses expériences professionnelles. Il existe une exigibilité pour un sevrage éthylique.

La dernière activité professionnelle exercée est exigible auprès d'un autre employeur, vu la séparation de son conjoint, pour autant que l'assurée arrive à arrêter totalement sa consommation éthylique quotidienne excessive.

[...]

Actuellement, il n'y a pas de diminution de rendement, pour autant que l'activité professionnelle soit exercée en tenant compte des critères décrits au point B.1.

D'un point de vue médico-théorique, nous ne retenons pas d'incapacité de travail en cas d'abstinence éthylique.

Le degré de capacité de travail a évolué positivement depuis le 31.08.2009, car actuellement l'expertisée présente un épisode dépressif moyen en rémission et elle ne présente plus de troubles de la concentration invalidants.

L'intéressée est capable de s'adapter à son environnement professionnel, dans la mesure où les limitations citées au point B1 sont respectées".

Dans un avis médical du SMR du 4 avril 2012, se fondant sur l'expertise psychiatrique du Dr G.\_\_\_\_\_, le Dr I.\_\_\_\_\_ n'a retenu aucune atteinte principale à la santé et a évalué la capacité de travail à 100% dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée. Il a en outre retenu ce qui suit:

"La dépendance à l'alcool est de type primaire, parce que, malgré l'antécédent d'épisode dépressif réactionnel présent dans le passé, il n'y a aucune affection constituée justifiant [une] incapacité durable au travail avant et au moment du début de la dépendance en 2005, quel qu'en soit le registre. En particulier, bien que présent depuis l'adolescence au moins, le trouble de personnalité n'apparaît pas fréquemment et/ou durablement décompensé (seuls cas de

figure justifiant [une] incapacité au travail); ajoutons qu'il n'a pas empêché *per se* tant la formation que l'activité de travail sur des décennies, ni dépendances, en particulier à l'alcool, qui débute dans un contexte de conflits de couple en 2005.

L'anxiété et la dépression que soutient la psychiatre traitante sans les documenter sont logiquement de type secondaire et ne justifient pas d'incapacité [de] travail".

Dans un projet de décision du 17 avril 2012, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser le droit à des prestations d'invalidité. Il a retenu que l'incapacité de gain était due avant tout à sa toxico-dépendance et qu'il ne s'agissait donc pas d'une invalidité au sens de la loi.

Le 25 avril 2012, l'assurée a contesté ce projet de décision, faisant valoir que son état de santé l'empêchait toujours d'exercer une quelconque activité.

Par décision du 22 mai 2012, l'OAI a refusé le droit de l'assurée à des prestations d'invalidité, pour les mêmes motifs que ceux exposés dans le projet de décision du 17 avril 2012.

**B.** Par acte du 21 juin 2012, V.\_\_\_\_\_, par l'intermédiaire de Procap, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant, avec suite de frais et dépens, à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité, et subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique judiciaire. En substance, elle fait valoir que le trouble de la personnalité dont elle souffre a été la cause de sa dépendance à l'alcool et que c'est à tort que le Dr G.\_\_\_\_\_, dans son expertise, a conclu à l'existence d'une dépendance primaire. Elle se réfère à cet égard à un rapport du 15 juin 2012 de la Dresse H.\_\_\_\_\_ pour remettre en cause les conclusions de l'expert et soutient qu'elle souffre d'un polyhandicap psychique totalement invalidant, de sorte qu'elle a droit à une rente d'invalidité entière. Le rapport du 15 juin 2012 de la Dresse H.\_\_\_\_\_ comporte ce qui suit:

"Voici les éléments correctifs et complémentaires que nous souhaitons apporter à l'expertise effectuée par le Dr G.\_\_\_\_\_

concernant la patiente susmentionnée. En août 2008 déjà et toujours actuellement, l'état psychique de Mme V.\_\_\_\_\_ justifie à notre sens une rente AI à 100% dans la mesure où les pathologies psychiatriques qu'elle présente sont invalidantes et ne sont pas la conséquence d'une consommation d'alcool, contrairement aux conclusions de l'expert. Par ailleurs, le fait que l'expert se permette de mettre en doute la compliance médicamenteuse est inacceptable en l'absence de résultats de laboratoire (point A.1.4 de l'expertise). En résumé, nous considérons la problématique d'alcool comme une comorbidité qui relève d'une tentative d'automédication pour faire face aux montées d'angoisse, consommation qui a d'ailleurs diminué avec la prise en charge psychiatrique (cf. la copie des examens de laboratoire en annexe) et qui s'avère sans conséquences sur le tableau clinique du fait de la préexistence de celui-ci sur la problématique d'alcool. Nous attirons également votre attention sur le fait que la CDT dosée par l'expert reste dans les normes.

Sur le plan anamnestique tout d'abord, Mme V.\_\_\_\_\_ présente un fonctionnement psychique fragile depuis l'enfance, marqué notamment par une importante anxiété et une dépendance relationnelle. Cet état psychique précaire se décompense une première fois sous la forme d'un épisode dépressif à l'âge de 20 ans, au moment de la séparation du couple parental. A ce titre, l'expert mentionne que celui-ci éclot dans le cadre d'un abus éthylique, or Mme V.\_\_\_\_\_ n'a présenté des problèmes d'alcool que des années plus tard, au moment de difficultés de couple autour de 2005 (point A.5 de l'expertise).

Sur le plan de la vie quotidienne, Mme V.\_\_\_\_\_ assure son ménage qui occupe énormément de son temps sur une semaine et n'est pas autonome sur le plan administratif. Elle bénéficie en effet de l'aide de notre assistante sociale et consulte très systématiquement son avocate, angoissée à chaque courrier qui ne ressort pas de la gestion ordinaire de son administration. D'autre part, les déplacements sont compliqués pour Mme qui a dû par exemple se rendre accompagnée aux rendez-vous d'expertise. De même elle dit prendre le temps d'aller en repérage à chaque nouvel endroit où elle devra se rendre pour ne pas trop s'angoisser le moment venu. De manière générale, elle limite au maximum les déplacements seule.

Sur le plan des relations sociales, Mme V.\_\_\_\_\_ passe le plus clair de son temps seule, ce dont elle se plaint, ses deux seules amies étant peu disponibles en raison de leur travail et avec qui elle ne partage pas ses problèmes pour ne pas y penser. Les relations sont ainsi difficilement qualifiables de soutenantes (point A.2.3.3 de l'expertise). De même elle n'a pratiquement aucun contact avec la famille qui lui reste, son frère étant également selon ses dires peu disponible. Elle tente de maintenir des contacts avec sa fille qui restent extrêmement tendus et épisodiques. Les relations avec son ex mari sont très conflictuelles et le plus souvent médiatisées par leur avocat respectif. Dans ces conditions, on imagine difficilement que Mme V.\_\_\_\_\_ puisse avoir une activité impliquant des relations ne serait-ce que professionnelles.

Au niveau du status clinique, l'expert retient des traits de personnalité paranoïaques (point A.3.4.2), néanmoins il nous semble qu'une symptomatologie psychotique essentiellement négative

serait à retenir au vu des difficultés de compréhension que présente Mme notamment à l'égard des questions administratives et qui ne relève pas, comme l'a documenté l'expert, d'une limitation intellectuelle. De notre point de vue, l'angoisse massive que présente Mme V. \_\_\_\_\_ est à l'origine d'une désorganisation de la pensée qui l'empêche d'être en mesure de faire face aux réalités quotidiennes en dehors de la simple routine, et a fortiori d'être en mesure d'avoir une activité professionnelle.

Au niveau de l'humeur (point A.3.5 de l'expertise), nos constatations divergent de celles de l'expert, Mme V. \_\_\_\_\_ se présentant régulièrement en pleurs durant les entretiens, notamment lorsqu'elle se trouve aux prises avec des événements qui dépassent sa capacité à faire face (difficultés de contact avec sa fille, téléphones "houleux" avec son ex-mari, courrier qu'elle ne comprend pas). Ainsi les moments de tristesse ne sont pas, comme le mentionne l'expert, liés à des consommations d'alcool. Mme V. \_\_\_\_\_ présente également des idées noires récurrentes (contrairement au point A.3.5.2 de l'expertise) en lien avec un sentiment d'abandon, ce qui relève du trouble de la personnalité dépendante. En outre, nous retenons de l'apragmatisme, ce qui va également, à notre sens, avec une symptomatologie psychotique négative et qui est, clairement, invalidant.

Concernant le diagnostic d'anxiété généralisée, celui-ci est mis en doute par l'expert en raison d'un diagnostic différentiel difficile à faire en présence d'une consommation d'alcool (point A.3.6.1 de l'expertise), or le trouble est présent de longue date, apparaissant chronologiquement avant les problèmes d'alcool. L'anxiété, présente depuis l'enfance, était endiguée par la présence de l'entourage familial d'abord parental, d'ailleurs l'état psychique s'est décompensé au moment de la menace de séparation des parents. De la même manière, l'état psychique était relativement compensé durant les années de mariage et s'est péjoré au moment des difficultés conjugales. En effet, la séparation de son mari implique la perte quasi-totale de tout entourage social et de possibilité d'étayage. Ce diagnostic est donc toujours pertinent actuellement.

D'autre part, l'expert mentionne que Mme V. \_\_\_\_\_ souhaiterait une activité dans un emploi non stressant (point C.1 de l'expertise), or Mme n'a jamais émis un tel souhait qui s'avère inimaginable au vu de son état de santé. De même, elle n'est nullement "ouverte à une réinsertion professionnelle", votre Office s'étant par ailleurs déjà prononcé négativement, et avec raison, sur une telle démarche".

Dans sa réponse du 10 septembre 2012, l'OAI a conclu au rejet du recours. Se référant au rapport d'expertise du Dr G. \_\_\_\_\_, il soutient que la capacité de travail est entière en cas d'abstinence éthylique et que l'alcoolisme de l'assurée est primaire. Il a déposé un avis médical du SMR du 30 août 2012 des Drs T. \_\_\_\_\_ et I. \_\_\_\_\_, qui relèvent ce qui suit:

"Notre Consoeur [la Dresse H. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 15 juin 2012] prend le contre-pied du Dr G. \_\_\_\_\_, expert, retenant que la

dépendance à l'alcool est secondaire à une psychopathologie où se trouvent associés un trouble de personnalité dépendante dès le début de l'âge adulte, une anxiété généralisée dès le même moment, une psychose non organique dès le début de l'âge adulte, un trouble dépressif récurrent depuis 1977 avec épisode d'intensité moyenne en cours depuis 2005.

Or, tout en étant présentes depuis plusieurs décennies, les atteintes psychiatriques ne se décompensent pas durablement; c'est dans un contexte de conflits avec son époux - qui est aussi son patron alors - que l'assurée débute une consommation d'alcool excessive dès 2005 et ce n'est que des années après (août 2009) qu'elle se décompense sur un mode anxieux et dépressif (possiblement aussi psychotique ou d'allure psychotique) alors qu'elle est désormais dépendante à l'alcool.

La Dresse H.\_\_\_\_\_ qui la suit dès le 09.08.10 soutient que l'invalidité de l'assurée débute en 2008, mais n'apporte pas d'éléments suffisants pour nous en convaincre. En particulier que l'assurée présente le même épisode dépressif d'intensité moyenne ininterrompu sur plusieurs années d'autant qu'il est rare qu'un même épisode dépressif dépasse les deux ans d'affilée.

Son dernier rapport n'apporte pas de lien "logique" entre les différents éléments de l'ensemble *événements de vie et leur date-symptômes-signes cliniques-dépendance-limitations fonctionnelles-capacité de travail résiduelle*.

Jusqu'à présent, il apparaît que s'il n'y avait eu consommation d'alcool dès 2005, l'assurée n'aurait pas décompensé secondairement dès 2009 au point de ne plus pouvoir travailler.

On ne peut suivre la Dresse H.\_\_\_\_\_ dans son affirmation que l'assurée est invalide dès 2008.

Ainsi, en l'état du dossier, les conclusions du SMR ne peuvent être modifiées".

Par réplique du 28 novembre 2012, la recourante a confirmé ses conclusions. Elle relève que la valeur probante de l'expertise du Dr G.\_\_\_\_\_ a valablement été remise en cause par le rapport du 15 juin 2012 de la Dresse H.\_\_\_\_\_ et que les arguments du SMR ne modifient pas cette appréciation. Elle a déposé un courrier du 3 octobre 2012 de la Dresse H.\_\_\_\_\_, qui a relevé ce qui suit:

"Nous réitérons nos constatations faites dans notre courrier du 15 juin 2012. Mme V.\_\_\_\_\_ présente une incapacité de travail totale constatée au moment de sa prise en charge à la [...] en août 2010, son état s'étant progressivement décompensé dès 2005".

Dans sa duplique du 17 décembre 2012, l'OAI a confirmé ses conclusions.

**E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et respecte, pour le surplus, les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**b)** La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]).

**2.** Le litige porte en l'espèce sur le droit de la requérante à une rente d'invalidité, singulièrement sur son incapacité de travail.

**3. a)** Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de 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 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.

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente 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) et au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité: un taux de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un taux de 60% au moins donne droit à trois quarts de rente et un taux de 70% au moins donne droit à une rente entière.

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 8 LPGA. On ne considère 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; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré une atteinte à la santé mentale, exercer une activité que le marché du travail équilibré lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Ainsi une atteinte à la santé psychique ne conduit à une incapacité de gain (art. 7 LPGA), que si l'on peut admettre que la mise à profit de la capacité de travail (art. 6 LPGA) ne peut, en pratique, plus être raisonnablement exigée de la part de l'assuré (ATF 135 V 215 consid. 6.1.1; 135 V 201 consid. 7.1.1; 127 V 294 consid. 4c; TF 9C\_776/2009 du 11 juin 2010

consid. 2.1 et les références citées; TF 9C\_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.1).

**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. 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 51 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; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

L'assureur social, et le juge des assurances sociales en cas de recours, 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et les références citées; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

En matière d'appréciation des preuves, le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Il ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4 et les références citées; TF 8C\_149/2010 du 30 novembre 2010 consid. 5; TF 8C\_251/2012 du 27 août 2012 consid. 3.4).

**c)** En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment

pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C\_776/2009 du 11 juin 2010 consid. 2.2; TF 9C\_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

**d)** D'après une jurisprudence constante, la dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, ne constitue pas en soi 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 et la référence citée; TF 9C\_960/2009 du 24 février 2010 consid. 2.2; TF 9C\_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2).

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. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminée en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (TF 9C\_960/2009 du 24 février 2010 consid. 2.2; TF 9C\_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2).

En matière de dépendance à l'alcool, la science médicale distingue les troubles psychiatriques induits (secondaires à la prise d'alcool) des troubles psychiatriques indépendants (associés à la consommation d'alcool). La démarche diagnostique peut cependant se révéler particulièrement délicate, dans la mesure où les effets d'une consommation abusive d'alcool affectent inévitablement le tableau clinique. En règle générale, les signes et symptômes psychiatriques sont induits et s'amendent spontanément par l'arrêt de la consommation dans les semaines qui suivent le sevrage; ils ne sauraient par conséquent faire l'objet d'un diagnostic psychiatrique séparé. En revanche, si à l'issue d'une période d'abstinence suffisante, les éléments réunis sont suffisants, il y a lieu de retenir l'existence d'une comorbidité psychiatrique. Dans certaines circonstances, l'anamnèse, notamment l'historique de la consommation d'alcool depuis l'adolescence, peut constituer un instrument utile dans le cadre de la détermination du diagnostic, notamment s'agissant de la préexistence d'un trouble indépendant (TF 9C\_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.3 et les références citées).

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. Une simple anomalie de caractère ne saurait à cet égard suffire. En présence d'une pluralité d'atteintes à la santé, l'appréciation médicale doit décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Si l'examen médical conduit à la conclusion que la dépendance est seule déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité, il n'y a pas lieu d'opérer une distinction entre les différentes atteintes à la santé (TF 9C\_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.4; TF I 731/02 du 25 juillet 2003 consid. 2.3).

**4. a)** Dans le cas présent, à la demande de l'OAI, la recourante a été soumise à un examen psychiatrique par le Dr G.\_\_\_\_\_. Dans son expertise du 6 février 2012, ce spécialiste a diagnostiqué une dépendance éthylique primaire et, comme affection secondaire, un épisode dépressif récurrent moyen, en rémission. Il a en outre retenu les atteintes, sans répercussion sur la capacité de travail, de trouble de la personnalité dépendante - avec traits de personnalité paranoïaque, exacerbées lors des consommations éthyliques - et d'anxiété généralisée, actuellement en rémission partielle. Compte tenu de l'ensemble du tableau clinique, il a retenu une pleine capacité de travail médico-théorique en cas d'abstinence éthylique. Le sevrage éthylique était exigible, dès lors qu'il s'agissait d'une dépendance éthylique primaire, ayant favorisé et précédé l'éclosion des épisodes dépressifs moyens. La dernière activité professionnelle exercée était exigible, pour autant que l'assurée parvenait à arrêter totalement sa consommation éthylique quotidienne excessive; il n'y avait pas de diminution de rendement et l'assurée était capable de s'adapter à son environnement professionnel.

Le Dr G.\_\_\_\_\_ s'est basé sur une anamnèse détaillée et sur des examens psychiatriques complets, comprenant notamment un examen neurocognitif ainsi que la recherche de symptômes psychotiques, de troubles de l'humeur, de signes d'anxiété généralisée, de troubles de la personnalité et de trouble de l'adaptation. Ses conclusions, résultant d'une appréciation du cas fine et dûment étayée, sont claires et convaincantes.

**b)** La recourante conteste les conclusions du Dr G.\_\_\_\_\_. Se fondant sur l'avis de la Dresse H.\_\_\_\_\_, elle soutient que le trouble de la personnalité dont elle est atteinte a été la cause de sa dépendance à l'alcool, de sorte qu'il ne s'agit pas d'une dépendance primaire, et qu'elle présente une incapacité de travail totale.

Dans son rapport du 15 juin 2012, la Dresse H.\_\_\_\_\_ a relevé que les pathologies psychiatriques de l'assurée étaient invalidantes et ne résultaient pas d'une consommation d'alcool. Elle a considéré la problématique d'alcool comme une comorbidité relevant d'une tentative

d'automédication pour faire face aux montées d'angoisse. Elle a relevé que l'assurée présentait un fonctionnement psychique fragile depuis l'enfance, avec une importante anxiété et une dépendance relationnelle; au vu de l'anamnèse, le diagnostic d'anxiété généralisée était toujours présent. Or, l'expert a relevé, au sujet de l'anxiété, que l'assurée n'avait pas d'attaques de panique, qu'elle ne présentait pas de symptômes compatibles avec un trouble obsessionnel compulsif ni de pensées intrusives et qu'il n'y avait pas de comportement compulsif, de phobie simple ni d'état de stress post-traumatique. Relevant la présence de signes d'anxiété généralisée, l'expert a relevé que le diagnostic différentiel avec des sevrages ou abus éthyliques était difficile à établir. Il s'est ensuite fondé sur des examens psychométriques, avant de retenir que l'anxiété généralisée était actuellement en rémission. Les explications de l'expert, qui s'appuie sur des outils diagnostics scientifiques, sont plus approfondies et étayées que celles, en l'occurrence succinctes, de la Dresse H.\_\_\_\_\_. En outre, dès lors que l'expert a évoqué la difficulté de distinguer l'anxiété de l'alcoolisme, on ne peut qu'en déduire que la présence d'une comorbidité psychiatrique du fait de la présence d'anxiété n'est pas clairement établie. On ajoutera que l'avis de la Dresse H.\_\_\_\_\_, en tant que psychiatre traitant de l'assurée, doit être apprécié avec les réserves d'usage s'agissant de la capacité de travail.

Au vu des difficultés de compréhension de l'assurée à l'égard des questions administratives et de l'absence de limitations intellectuelles, le psychiatre traitant a retenu la présence d'une symptomatologie psychotique. A ce sujet, se fondant sur une échelle de gravité des symptômes psychotiques, l'expert a constaté un état psychotique à la limite de la norme; se basant ensuite sur le modèle pyramidal des symptômes psychotiques, il n'a constaté aucune symptomatologie psychotique; il a retenu la présence de traits de la personnalité paranoïaques, toutefois sans incidence sur la capacité de travail. Les explications de l'expert, fondées sur des diagnostics scientifiques, sont plus convaincantes que celles de la Dresse H.\_\_\_\_\_, dont l'avis au sujet de la capacité de travail doit être apprécié avec réserve. En outre, on peine à comprendre les raisons pour lesquelles, selon cette spécialiste, la

seule présence de difficultés de compréhension pour des questions administratives suffirait à justifier la présence de troubles psychotiques.

Au niveau de l'humeur, la Dresse H.\_\_\_\_\_ a constaté que l'assurée pleurait lors des entretiens à l'évocation d'événements qu'elle n'arrivait pas à résoudre elle-même et qu'elle présentait des idées noires récurrentes en lien avec un sentiment d'abandon - ce qui relevait du trouble de la personnalité dépendante - ainsi que de l'apragmatisme. Pour sa part, en se fondant dans le détail sur les critères de la CIM-10 ainsi que sur les échelles de Hamilton et de Young, soit sur des outils scientifiques (au sujet de l'utilisation de l'échelle de Hamilton: TF 9C\_443/2008 du 28 avril 2009 consid. 4.4.4; TF 9C\_619/2009 du 9 décembre 2009 consid. 4.2.2), l'expert a retenu la présence d'un épisode dépressif récurrent moyen, en rémission. L'expert a en outre clairement exposé que la dépendance à l'alcool avait favorisé la survenance de l'épisode dépressif moyen, alors que la Dresse H.\_\_\_\_\_ n'a pas fait valoir que les troubles de l'humeur étaient survenus avant la dépendance à l'alcool. Concernant la survenance des événements, l'expert a en effet retenu une consommation excessive d'alcool depuis 2005, dans un contexte de conflits conjugaux, et une incapacité de travail depuis le 31 août 2009 - conformément aux indications du Dr D.\_\_\_\_\_ (rapport du 5 avril 2011) - en raison de l'épisode dépressif, ainsi que l'ont également retenu les Drs T.\_\_\_\_\_ et I.\_\_\_\_\_ (avis médical du SMR du 30 août 2012). La Dresse H.\_\_\_\_\_, qui suit la recourante depuis le 9 août 2010 seulement, ne saurait valablement, au vu de ses propres constatations, contredire ces données ressortant de l'anamnèse. Il convient donc de retenir que la dépendance à l'alcool est primaire et que l'épisode dépressif est secondaire à cette atteinte.

L'expert a clairement retenu que la capacité de travail était entière en cas d'abstinence éthylique, sans diminution de rendement, et qu'il y avait une exigibilité pour un sevrage éthylique. La Dresse H.\_\_\_\_\_, qui ne se prononce pas au sujet d'un sevrage d'alcool, ne saurait donc contredire l'expert. Le Dr D.\_\_\_\_\_ a du reste relevé que l'abus d'alcool contribuait très probablement à l'aggravation de l'état

psychique et qu'une maîtrise de la consommation d'alcool était très probablement exigible (rapport du 30 juin 2011). Au demeurant, selon la jurisprudence, les signes et symptômes psychiatriques induits par l'alcool s'amendent en règle générale spontanément par l'arrêt de la consommation dans les semaines qui suivent le sevrage (TF 9C\_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.3 et les références citées). Dans le cas d'espèce, au vu notamment de l'avis circonstancié et motivé du Dr G.\_\_\_\_\_, dont le rapport d'expertise a valeur probante, il y a lieu de retenir qu'en cas d'abstinence à l'alcool la recourante présente une pleine capacité de travail.

**c)** En conséquence, les problèmes de dépendance à l'alcool de la recourante ne donnent pas droit à une rente d'invalidité et les atteintes psychiques dont elle est atteinte n'ont pas de caractère invalidant. Partant, le recours doit être rejeté, ce qui conduit à la confirmation de la décision attaquée.

**5.** Le dossier est suffisamment complet pour permettre à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, de sorte qu'il n'y a pas lieu de donner suite à la requête de la recourante tendant à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

En effet, selon le principe de l'appréciation anticipée des preuves, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 8C\_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2; TF 9C\_440/2008 du 5 août 2008); une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu (ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d; TF 8C\_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et les références citées).

**6.** 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 (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe.

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 22 mai 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de la recourante V.\_\_\_\_\_.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Procap, Service juridique, à Bienne (pour 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).

Le greffier :