

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 3 août 2015

---

Composition : M. MERZ, président  
Mme Thalmann, juge, et Mme Dormond Béguelin,  
assesseure

Greffière : Mme Pellaton

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**S.** \_\_\_\_\_, à Yverdon-les-Bains, recourant, représenté par Me Franziska Lüthy, avocate pour Procap, à Bienne,

et

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

---

**Art. 6, 7 al. 1 et 8 LPGA ; art. 4 al. 1, 28 al. 1 et 59 al. 2bis LAI**

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** S.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1971 au Portugal, maçon, arrivé en Suisse en décembre 2010 après la faillite de son entreprise, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 21 août 2012. Il a indiqué ne plus travailler en raison de diabète et de dépression sévère, apparus début 2011.

**b)** Dans un rapport du 3 septembre 2012 à l'attention de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), la Dresse V.\_\_\_\_\_, spécialiste en endocrinologie-diabétologie et en médecine interne générale, a déclaré ne pas être le médecin traitant de l'assuré et ne suivre ce dernier que pour l'adaptation du traitement d'insuline. Elle a retenu le diabète comme diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail et mentionné une cirrhose et un état dépressif en tant que diagnostic avec effet sur la capacité de travail.

Sur formulaire de l'OAI, la Dresse H.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré depuis 2011, a posé le 25 septembre 2012 les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de diabète de type II, de dépression sévère, ainsi que celui de « si post OH [réd. : formule chimique de l'alcool] ! hypertension portale + splénomégalie ». Elle a précisé que ces atteintes existaient déjà lorsque l'assuré était encore au Portugal. Elle a par ailleurs noté une incapacité entière de travail, non attestée par elle, mais par le psychiatre de l'assuré.

**c)** Dans un rapport du 27 septembre 2012 à l'attention de l'OAI, les Drs C.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_, médecins au Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV), Centre J.\_\_\_\_\_ (ci-après : Centre J.\_\_\_\_\_), ont indiqué comme diagnostic avec effet sur la capacité de travail un trouble dépressif sévère récurrent, sans symptômes psychotiques (F33.2), existant depuis plusieurs années. Ils ont relevé les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de diabète de type II décompensé, de cirrhose hépatique d'origine éthylique et de syndrome de

dépendance à l'alcool, actuellement abstinent. Le traitement ambulatoire au Centre avait débuté le 1<sup>er</sup> juin 2012 et était en cours. Les Drs C. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_ ont constaté ce qui suit :

« Aux différents entretiens, le patient est d'humeur très triste et pleure souvent. Il vit très mal la faillite de son entreprise au Portugal, estime avoir été spolié de tous ses biens, sa maison y compris. Ses idées délirantes semblent s'être calmées, mais il persiste des idées suicidaires, que le patient n'a pas mises à exécution, grâce à la présence de sa fille. Le patient signale par ailleurs des difficultés à l'endormissement, dormant mal et se réveillant durant la nuit à plusieurs reprises. Son appétit est diminué et le patient a perdu goût aux différentes choses qui lui faisaient plaisir auparavant. »

Ces médecins ont estimé que l'assuré ne serait pas en mesure, dans un avenir proche et lointain, de reprendre une activité professionnelle, même à un pourcentage réduit, ceci en raison de l'absence d'amélioration des symptômes dépressifs et des pathologies somatiques. L'assuré avait effectué plusieurs séjours auprès des l'Hôpital A. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'Hôpital A. \_\_\_\_\_), dans un premier temps pour des alcoolisations massives avec complications, puis en raison du diabète.

**d)** Dans un courrier du 10 décembre 2012 adressé à l'OAI, l'assuré a précisé avoir travaillé au Portugal jusqu'en août 2010 et avoir cessé son activité en raison de la faillite de son entreprise. Il n'était alors pas en incapacité de travail et n'était pas suivi par un médecin spécialiste.

Sans pouvoir dater précisément le début des troubles de l'assuré, les Drs C. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_ ont, dans un courrier à l'OAI du 13 décembre 2012, confirmé que l'apparition desdits troubles était postérieure à l'arrivée de leur patient en Suisse.

**e)** l'Hôpital A. \_\_\_\_\_ ont transmis à l'OAI les rapports de sortie de six hospitalisations de quelques jours survenues entre juin 2012 et mai 2013. En particulier, la deuxième et la troisième hospitalisations avaient eu lieu en raison de troubles liés au diabète de l'assuré, la quatrième, du 22 au 28 janvier 2013, en raison de nausées et de vomissements provoqués par un sevrage alcoolique. Les médecins avaient alors noté, dans leur rapport de sortie du 27 février 2013 adressé à la

Dresse H.\_\_\_\_\_, que l'anamnèse par système mettait en évidence une péjoration de l'état dépressif depuis que le patient avait perdu sa maison au Portugal, avec l'apparition d'hallucinations et d'un sentiment de persécution par le système politique portugais. Ils ont relevé, dans la partie « discussion et évolution » de leur rapport, les éléments suivants :

« [...] Face à une image clinique de sevrage alcoolique et de l'arrêt de la consommation depuis 24h, nous mettons le patient sous benzodiazépine, substitution vitaminique et hydratation. Nous craignons l'apparition d'une encéphalopathie hépatique en raison de la présence d'un flapping tremor depuis le 23.01.13 et instaurons un traitement d'Importal 20 ml 3x/jour, avec bon effet. Un US abdominal montre un foie de morphologie cirrhotique sans masse suspecte, une splénomégalie, des varices intra-abdominales et l'absence d'ascite. L'Aldactone est alors diminué de moitié.

[...] La prise en charge du patient par vous-même et le psychiatre qui le suit est difficile au vu de son déni de consommation. Nous réexpliquons au patient l'importance d'un suivi sérieux, afin de mieux gérer son état dépressif lié à la consommation d'alcool. [...] »

Le motif de la sixième hospitalisation, du 10 au 15 avril 2013, était un sevrage éthylique en milieu somatique. On extrait du rapport de sortie, du 6 mai 2013, ce qui suit :

« Le patient est hospitalisé dans notre service pour sevrage alcoolique. Pour ce faire, nous avons introduit un traitement de Seresta Forte 30 mg 4x/jour et 30 mg 4x/jour en réserve, Becozyme Forte et Benerva. Au cours de son hospitalisation, le patient ne présente aucun signe de sevrage, raison pour laquelle nous le retransférons au Centre J.\_\_\_\_\_ le 15.04.2013. A noter que M. S.\_\_\_\_\_ est sous une ordonnance de mesures d'extrême urgence demandée par la Dresse G.\_\_\_\_\_ et le Dr R.\_\_\_\_\_ [...] qui requièrent le placement à des fins d'assistance. A noter que sur le plan somatique M. S.\_\_\_\_\_, qui est connu pour une cirrhose Child B d'origine mixte, ne présente pas de complications liées à sa cirrhose, ni d'hépatite alcoolique sévère à l'entrée. Une thrombopénie à 45 G/l vue à l'entrée se corrige spontanément. Nous mettons ceci sur le compte de la toxicité directe de l'alcool. »

**f)** Le CHUV, Département de Psychiatrie, a transmis à l'OAI, le 19 juillet 2013, copies des pièces essentielles du dossier de l'assuré. Figure parmi elle un rapport des Drs G.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_, rédigé le 21 mars 2013 à l'attention de la Justice de Paix en vue d'un placement à des fins d'assistance. Ces médecins constataient que l'assuré ne possédait plus son discernement et souffrait d'une pathologie grave liée à la consommation d'alcool, avec une mise en danger de sa vie. Il était indispensable qu'il soit placé rapidement afin de débiter un sevrage et

une substitution vitaminique. La Justice de Paix a ordonné le placement provisoire de l'assuré à des fins d'assistance le 25 mars 2013. Dans un nouveau courrier à la Justice de paix du 24 mai 2013, les Drs G.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_ ont expliqué avoir pu remarquer une péjoration de l'état de santé de l'assuré les semaines précédant son hospitalisation. Il proférait régulièrement des propos incohérents sur sa situation financière en Suisse et au Portugal, ainsi que sur d'éventuels chantiers qu'il pourrait entreprendre en Suisse. Ces médecins pensaient que dans ces conditions, il était difficile pour le patient de gérer ses affaires courantes. Concernant sa capacité de discernement, le patient n'en n'avait vraisemblablement plus lorsqu'il tenait ces propos. Il fallait néanmoins rester prudent quant à l'évolution favorable que le patient pourrait montrer, avec une abstinence contrôlée et une substitution vitaminique. Les Drs G.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_ n'avaient plus revu l'assuré depuis son hospitalisation le 16 avril 2013 et il leur était difficile de se prononcer sur son état actuel. Dans un rapport du 31 mai 2013, le Dr R.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de dépendance à l'alcool, utilisation continue, de cirrhose hépatique Child B d'origine éthylique, probable, de diabète de type II insulino-requérant, d'hémochromatose hétérozygote et d'épisode dépressif sévère sans symptomatologie psychotique (F32.2). Le CHUV a également transmis à l'OAI le rapport d'admission au Centre J.\_\_\_\_\_ rédigé le 15 avril 2013 par la Dresse P.\_\_\_\_\_, relevant les éléments suivants :

« [...] Il s'agit d'un patient de 42 ans qui fait son âge, à la présentation hygiéno-vestimentaire sans particularité, en léger surpoids. Le status clinique a été difficile à mettre en évidence en raison de la barrière linguistique, le patient ne parlant que portugais. L'entretien a été effectué à l'aide d'un interprète. D'après ce dernier, le discours est confus, peu clair, avec des réponses à côté et une certaine désorientation dans le temps. De manière objective, la thymie paraît triste, le patient lui-même parle de tristesse de l'humeur en lien avec la perte de son entreprise. Il nie tout autre symptôme de la lignée dépressive ou de la lignée psychotique. Il nie également toute consommation d'alcool récente. Au moment de l'entretien, nous ne retrouvons pas d'éléments en faveur d'une consommation d'alcool. »

**g)** Dans un avis médical du 22 août 2013, les Drs B.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a estimé qu'un examen psychiatrique au SMR était nécessaire afin

de préciser la date d'apparition des troubles psychiques et confirmer la sévérité du trouble dépressif.

**h)** Dans un rapport du 5 décembre 2013, la Dresse H. \_\_\_\_\_ a rappelé les diagnostics qu'elle avait retenus dans son rapport du 25 septembre 2012, mentionnant à nouveau que le diabète ainsi que la dépression étaient apparus lorsque son patient était au Portugal déjà.

**B. a)** L'assuré a été examiné au SMR le 28 janvier 2014 par la Dresse Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Elle a rendu son rapport le 29 avril 2014, ne retenant aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail d'un point de vue psychiatrique, mais un syndrome de dépendance à l'alcool (F10.1) n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail. On extrait de ce rapport ce qui suit :

#### « STATUS PSYCHIATRIQUE

L'assuré s'est présenté ponctuellement au rendez-vous. Il était accompagné de sa femme et d'un frère. L'assuré présente une hygiène et un habillement tout à fait dans la norme. L'assuré ne parle pas le français, l'examen se fait donc en présence d'un traducteur de langue portugaise. L'assuré se montre peu collaborant. L'assuré présente un discours avec des phrases courtes et incomplètes. L'assuré présente quelques troubles de la mémoire, de la concentration et de l'attention. L'intelligence clinique est dans les limites inférieures de la norme.

Sur le plan de l'anxiété, l'assuré ne présente pas de trouble anxieux. Il n'existe pas de trouble correspondant à un état d'anxiété généralisée. Pas d'attaque de panique ni anamnétique ni en cours d'examen.

Sur le plan de la thymie, l'assuré présente de la tristesse. Il ne présente pas d'adynamie (il s'occupe du ménage, des repas, fait du jardinage régulièrement). Il ne présente pas de ralentissement psychomoteur. Il ne présente pas de culpabilité. L'assuré affirme que c'est lui qui a raison et qu'au Portugal on lui doit de l'argent. En ce qui concerne les frais de la justice, ici en Suisse, il affirme que ce n'est pas à lui de payer. L'assuré présente des troubles du sommeil, principalement au niveau d'un réveil précoce. L'assuré ne présente pas de troubles de l'appétit. Donc, l'assuré ne présente pas les signes d'un épisode dépressif majeur.

En ce qui concerne la consommation d'alcool, l'assuré dit avoir commencé à consommer de l'alcool au moment de son service militaire au Portugal quand il avait environ 20 ans. A partir de ce moment-là, il a continué à consommer de l'alcool, soit du vin, soit de la bière, au moment des repas, en famille, avec des amis, avec des clients. L'assuré nie toute consommation d'alcool actuellement alors que les différents rapports de ses médecins attestent d'une consommation

d'alcool ainsi le dernier rapport en date du mois d'avril 2013 mentionnant une ordonnance de mesures d'extrême urgence avec placement provisoire à des fins d'assistance dans le cadre d'une pathologie grave liée à la consommation d'alcool avec mise en danger pour sa vie, nécessitant un sevrage et une substitution vitaminique.

[...]

#### APPRÉCIATION DU CAS

Il s'agit donc d'un assuré né le 14.08.1971, âgé de 42 ans, marié avec un enfant, d'origine portugaise, sans formation professionnelle. Il fait une demande de prestations AI en date du 27.08.2012 pour dépression et diabète.

Entre 1987 et 1991, environ, l'assuré travaille en Suisse, à la cueillette des fruits et dans le domaine de la construction. Par la suite, il retourne au Portugal où il a fait le service militaire. Il se marie. Il travaille dans une entreprise de construction dont il dit avoir été l'administrateur jusqu'en 2010, année où l'entreprise a été déclarée en faillite.

L'assuré revient en Suisse au mois de décembre 2010 avec sa femme et sa fille. La femme de l'assuré retrouve très rapidement du travail mais l'assuré non. Il travaille pendant une très courte période et par la suite n'a plus de travail et est en incapacité de travail. En date du 27.08.2012, l'assuré dépose une demande de prestations AI [assurance-invalidité] pour dépression et diabète.

En se basant sur les différents rapports figurant dans le dossier, il apparaît que l'assuré présente une grave problématique de consommation d'alcool (*différents rapports médicaux établis par la Dresse H. \_\_\_\_\_, le Dr C. \_\_\_\_\_, médecin adjoint au Centre J. \_\_\_\_\_ ainsi que le rapport du Dr N. \_\_\_\_\_ et de la Dresse N. \_\_\_\_\_ à l'Hôpital A. \_\_\_\_\_, Département [...]*). Rappelons aussi que l'assuré a bénéficié d'un placement provisoire à des fins d'assistance, suivant la décision du 29.04.2013 de la justice de paix du district du Jura-Nord vaudois, dans le cadre d'une pathologie grave liée à la consommation d'alcool avec mise en danger, nécessitant un sevrage ainsi qu'une substitution vitaminique. Par ailleurs, l'assuré niait son addiction et ne paraissait pas en mesure de collaborer en vue de suivre le traitement qui était nécessaire.

A l'examen de ce jour, l'assuré présente une hygiène et un habillement tout à fait dans les normes. La collaboration est faible. L'assuré ne présente pas de symptômes de la lignée psychotique. L'assuré ne présente pas de troubles majeurs de la lignée anxieuse. L'assuré ne présente pas de symptômes relevant d'un épisode dépressif majeur.

[...] l'assuré dit avoir commencé la consommation d'alcool régulière à partir de l'âge de 20 ans et ceci pendant 20 ans. La consommation d'alcool est donc bien antérieure à la seconde arrivée de l'assuré en Suisse, c'est-à-dire en date du mois de décembre 2010.

Donc, à l'examen, l'assuré présente un tableau clinique de dépendance à l'alcool dans le cadre d'une toxicomanie primaire, débutée vers l'âge de 20 ans, sans comorbidité psychiatrique.

#### *Limitations fonctionnelles*

En l'absence de diagnostic incapacitant, il n'existe pas de limitations fonctionnelles.

*Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?*

Aucune d'un point de vue psychiatrique.

*Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?*

Aucune d'un point de vue psychiatrique.

#### CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE ET DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 100 % D'UN POINT DE VUE PSYCHIATRIQUE. »

**b)** Sur la base du rapport précité, le Dr D.\_\_\_\_\_ a retenu, dans un rapport du 12 mai 2014, que l'examen de la Dresse Q.\_\_\_\_\_ ne permettait pas d'objectiver une atteinte psychiatrique incapacitante et a conclu à l'existence d'une toxicodépendance primaire. La capacité de travail était totale dans toute activité depuis le 22 décembre 2010, date de l'arrivée de l'assuré en Suisse.

**C.** **a)** L'OAI a rendu un projet de décision le 15 mai 2014 dans le sens d'un refus de prestations, au motif que l'assuré ne présentait aucune atteinte susceptible de diminuer sa capacité de travail dans une activité professionnelle.

**b)** L'assuré a déclaré contester le projet précité par courrier du 1<sup>er</sup> juillet 2014, renvoyant à une lettre de la Dresse H.\_\_\_\_\_ du 13 juin 2014, dont la teneur est la suivante :

« Je conteste votre décision que mon patient ne puisse pas bénéficier d'une rente AI.

Certes, le diabète insulino-dépendant n'est pas une cause pour recevoir l'AI mais ces problèmes suite à l'abus d'alcool avec encéphalopathie et des hospitalisations répétitives en psychiatrie avec une impossibilité de travailler qui s'aggrave pourrait être un motif pour obtenir une rente. »

**c)** Les Drs D.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_, du SMR, ont rendu un avis médical le 14 juillet 2014, dont on extrait ce qui suit :

« Dans la lettre de sortie du service de médecine interne de l'Hôpital A.\_\_\_\_\_ les Drs N.\_\_\_\_\_ et De M.\_\_\_\_\_ affirment avoir craint l'apparition d'une encéphalopathie alcoolique lors du sevrage. Sous vitaminothérapie et benzodiazépine l'évolution a été favorable.

Lors de l'examen psychiatrique effectué par la Dresse Q.\_\_\_\_\_ en page 4 la spécialiste mentionne l'existence de troubles mnésique, de l'attention et de la concentration accompagnés de tristesse. Ces troubles cognitifs,

vraisemblablement secondaires à la consommation d'alcool, sont réversibles avec un sevrage.

En l'absence de signes de complications induites par l'alcool et dans la mesure que la dépendance à l'alcool comme argumenté par la Dresse Q. \_\_\_\_\_ est primaire et donc non incapacitante au sens de l'AI, nous confirmons une CT [capacité de travail] totale dans toute activité. »

**d)** Le 25 septembre 2014, l'OAI a rendu une décision formelle de refus de prestations de l'assurance-invalidité, l'assuré ne présentant aucune atteinte à la santé invalidante qui soit la cause ou la conséquence de son alcoolisme.

**D. a)** S. \_\_\_\_\_ a déposé le 27 octobre 2014 par l'intermédiaire de son mandataire un recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à l'annulation de la décision du 25 septembre 2014 et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. Le recourant a produit un rapport médical du Service O. \_\_\_\_\_ du CHUV (ci-après : O. \_\_\_\_\_) du 2 octobre 2014, dont la teneur est la suivante :

« Nous ne reviendrons pas sur les éléments anamnestiques élaborés dans le rapport AI rédigé par le Dr R. \_\_\_\_\_ mais nous limiterons à mentionner l'évolution clinique de Mr S. \_\_\_\_\_ depuis 2013.

Durant les premiers mois de l'année 2013, M. S. \_\_\_\_\_ a nécessité plusieurs hospitalisations dans le cadre d'un syndrome de dépendance à l'alcool et d'un trouble dépressif récurrent. Il a été hospitalisé dans des conditions somatiques graves : hypoglycémie sur alcoolisation, prise d'insuline en lien avec son diabète, utilisations massives d'alcool et tentatives de sevrage sans succès.

Dans ce contexte, les médecins ont décidé d'un signalement à la Justice de Paix au vu des mises en danger répétées du patient à risque vital. A noter que du point de vue somatique, le patient souffre d'un diabète de type II insulino-requérant, d'une cirrhose hépatique Child B et d'une encéphalopathie hépatique fluctuante.

M. S. \_\_\_\_\_ a été hospitalisé au Centre J. \_\_\_\_\_ du 15.04.2013 au 30.07.2013. Durant cette hospitalisation, le patient a présenté une légère amélioration sur les plans dépressifs, somatique et de la consommation d'alcool. Cette amélioration n'était pas suffisamment significative pour permettre la levée du PLAFa [placement à des fins d'assistance] ordonné par la Justice de Paix mais a permis de transform[er] ce PLAFa institutionnel en PLAFa ambulatoire.

Depuis lors, nous avons repris le suivi psychiatrique de M. S. \_\_\_\_\_ à l'O. \_\_\_\_\_ et nous remarquons que ce dernier présente actuellement un épisode dépressif moyen à sévère, avec syndrome somatique, ainsi qu'un syndrome de

dépendance à l'alcool, avec troubles résiduels (encéphalopathie hépatique). Nous estimons que le pronostic du patient est réservé. »

**b)** Par réponse du 16 décembre 2014, l'intimé a conclu au rejet du recours, observant que les médecins consultés par le recourant ne faisaient à aucun moment état d'éléments pertinents qui n'auraient pas été pris en compte par la Dresse Q. \_\_\_\_\_ et qui seraient susceptibles de jeter le doute sur son avis. Il en allait de même du rapport de l'O. \_\_\_\_\_ du 24 octobre 2014.

**c)** Par réplique du 16 février 2015, le mandataire du recourant a intégralement confirmé ses conclusions, ajoutant qu'il aurait été important de vérifier si, après un sevrage, des séquelles de la dépendance étaient encore présentes. S'il s'avérait que le recourant n'était pas sevré, l'intimé devait lui enjoindre d'observer une période d'abstinence absolue et évaluer par la suite les atteintes à la santé et la capacité de travail.

**E.** Par décision du 17 novembre 2014, le juge instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire dans le sens d'une exonération d'avance et de frais judiciaires.

### **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, à moins que la LAI (loi fédérale du 29 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 821.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances du domicile de l'office concerné (art. 56 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

En l'espèce, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des conditions de formes prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

**2.** Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, au regard des atteintes à sa santé.

**3. 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 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**b)** La LAI, notamment à l'art. 6, de même que l'ALCP (Accord entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes, RS 0.142.112.681) et les règlements européens applicables en vertu de l'accord précité, prévoient un certain nombre de conditions au droit des étrangers aux prestations de l'assurance-invalidité. La question de savoir

si le recourant remplit ces conditions en tant que personne étrangère en Suisse – question dont il ne ressort pas du dossier qu'elle a été examinée par l'intimé – peut toutefois rester ouverte, au vu des éléments exposés ci-dessous.

**c)** Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si 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, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins. L'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant, sans atteinte à la santé, une activité lucrative (art. 28a al. 1 LAI). Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

**d)** Pour pouvoir fixer le taux d'invalidité, l'administration (le tribunal en cas de recours) se base sur les documents que les médecins – d'autres spécialistes le cas échéant – doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore raisonnablement être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et les références).

**e)** Le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci (cf. art. 61 let. c LPGA). Dans le domaine médical, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuves, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition

permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008, consid. 4.2).

**f)** Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt que sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est en principe ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu (TF 8C\_862/2008 précité consid. 4.2). A cet égard, il importe que les points litigieux 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, afin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1 ; 8C\_862/2008 précité consid. 4.2 ; 9C\_168/2007 précité consid. 4.2).

**g)** Il incombe à l'assureur - en l'espèce l'OAI - de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires (art. 43 al. 1 LPGA) lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité (art. 57 al. 1 let. f LAI). Ainsi, lorsqu'un avis médical est nécessaire pour évaluer l'état de santé de la personne assurée et déterminer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1), il doit selon les cas recueillir les avis médicaux de médecins qui ont déjà examiné l'assuré, faire examiner l'assuré par son service médical régional (art. 59 al. 2bis LAI) ou recourir aux services d'un expert indépendant (art. 44 LPGA et 59 al. 3 LAI).

Un rapport médical qui émane d'un service médical régional au sens des art. 59 al. 2bis LAI a valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence sur le contenu des rapports médicaux rappelées ci-dessus (consid. 3.3.2 non publié de l'ATF 135 V 254 ; TF 9C\_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 3.1 ; 9C\_600/2010 du 21 janvier

2011 consid. 2 ; TF I 573/04 du 10 novembre 2005 consid. 5.2 ; I 523/02 du 28 octobre 2002 consid. 3).

On rappellera encore que, même en tenant compte de la jurisprudence récente de la Cour européenne des droits de l'homme sur le principe de l'égalité des armes, tiré du droit à un procès équitable garanti par l'art. 6 paragraphe 1 CEDH (Convention du 4 novembre 1950 de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, RS 0.101), il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3). Il convient toutefois d'ordonner une telle expertise si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance. Néanmoins, ce n'est pas parce qu'un médecin traitant pose d'autres diagnostics, qu'il est déjà nécessaire de procéder à une expertise externe à l'assurance (cf. ATF 135 V 465 consid. 4.3 ; TF 9C\_800/2013 du 7 mars 2014 consid. 3.3).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; TF 8C\_862/2008 précité consid. 4.2 ; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a).

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 susmentionnés (ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_776/2009 du 11 juin 2010 consid. 2.2).

**h)** Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2).

**4. a)** 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 ; TF 9C\_618/2014 du 9 janvier 2014 consid. 5.2 ; 9C\_960/2009 du 24 février 2010 consid. 2.2 ; 9C\_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2 ; TFA I 758/01 du 5 novembre 2002 consid. 1.1). 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 (TFA I 390/01 du 19 juin 2002 consid. 2). 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 déterminé en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (TF 9C\_618/2014 précité consid. 5.2 ; 8C\_356/2012 du 11 février 2013 et la jurisprudence citée).

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 (TF 9C\_219/2007 du 3 avril 2008).

**b)** 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\_618/2014 précité consid. 5.3 ; 9C\_395/2007 précité et les références).

**c)** 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\_618/2014 précité consid. 5.4 ; 9C\_395/2007 précité consid. 2.4 et les références).

**5. a)** En l'espèce, le recourant reproche à l'intimé de ne pas avoir procédé à une appréciation complète des preuves médicales à sa disposition en fondant sa décision uniquement sur le rapport de la Dresse Q.\_\_\_\_\_, lui-même fondé sur un seul entretien. Selon le recourant, cette dernière ne se serait pas prononcée sur les appréciations divergentes de ses médecins traitants, qui retenaient tous un état dépressif sévère. Par ailleurs, elle n'aurait pas examiné en détails l'origine et l'évolution de l'atteinte psychique ou de la dépendance à l'alcool et encore moins leurs éventuelles interdépendances. Le recourant avance en outre qu'il devait être tenu compte de l'influence des atteintes somatiques sur sa capacité de travail.

**b)** On observe en premier lieu qu'il est clair que le recourant souffre d'un syndrome de dépendance à l'alcool. La Dresse H.\_\_\_\_\_ mentionne dans son rapport du 25 septembre 2012 le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de « si post OH », impliquant une ancienne consommation d'alcool ayant des conséquences sur la santé du recourant. Dans leur rapport du 27 septembre 2012, les Drs C.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_ relèvent également le syndrome de dépendance à l'alcool, à l'époque abstinent, ayant entraîné une cirrhose hépatique. Le recourant a été hospitalisé plusieurs fois en raison de sevrage et a fait l'objet d'un placement à des fins d'assistance pour ce motif. Le Dr R.\_\_\_\_\_ a finalement retenu dans son rapport du 31 mai 2013 le diagnostic de dépendance à l'alcool, utilisation continue.

Afin de pouvoir déterminer si le recourant souffre d'une invalidité lui ouvrant le droit à une rente de l'assurance-invalidité, il convient de se prononcer sur l'éventuelle existence d'une atteinte à sa santé physique, indépendante des atteintes liées à la consommation d'alcool, ou d'une atteinte à sa santé psychique, ainsi que, le cas échéant, sur l'importance de celle-ci, ses liens avec la dépendance et son influence sur la capacité de travail du recourant.

**c)** Au vu de la mention par les médecins traitants du recourant de l'existence d'un état dépressif, l'intimé a jugé nécessaire la mise en œuvre d'un examen psychiatrique. La Dresse Q.\_\_\_\_\_ a rendu un rapport sur la base d'un examen du recourant, ainsi que de son dossier médical. L'on relève à ce propos qu'elle résume dans son rapport les pièces médicales principales dudit dossier, soit les avis des Dresses V.\_\_\_\_\_, H.\_\_\_\_\_ et des Drs C.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_. Il est également fait mention des hospitalisations du recourant et de la mesure de placement à des fins d'assistance. Le recourant ne peut dès lors être suivi lorsqu'il avance que la Dresse Q.\_\_\_\_\_ n'aurait pas tenu compte des avis divergents des médecins traitants. L'experte a également exposé les anamnèses professionnelles, personnelles et psychiatriques du recourant, ainsi que ses plaintes actuelles. Bien qu'elle n'explique pas dans son appréciation du cas les raisons pour lesquelles elle ne retient pas le diagnostic d'état dépressif, cela ressort de manière précise du status psychiatrique qu'elle décrit, soit un status ne présentant pas les signes d'un épisode dépressif majeur. Elle motive ainsi de manière convaincante son appréciation. Ce n'est en revanche pas le cas des médecins traitants de l'assuré, que ce soit la Dresse H.\_\_\_\_\_ ou les Drs C.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_, qui se bornent à mentionner un tel diagnostic sans exposer les constatations médicales et l'analyse qui les mènent à cette conclusion. De plus, malgré le fait que plusieurs médecins se soient prononcés suite à l'examen du SMR, aucun n'a relevé de circonstances qui remettraient l'appréciation du SMR en cause. Dans leur rapport de sortie du 27 février 2013, l'Hôpital A.\_\_\_\_\_ ont certes noté une péjoration de l'état dépressif, mais ils ont également mentionné un état dépressif lié à la consommation d'alcool. Ils n'ont ensuite rien noté au sujet de ce trouble

dans leur rapport suivant, du 6 mai 2013. Il ne peut dès lors en être déduit l'existence d'une pathologie indépendante de la consommation d'alcool du recourant. Par ailleurs, il n'est pas signalé dans le rapport d'admission du Centre J.\_\_\_\_\_ du 15 avril 2013 d'état dépressif sous la rubrique « impression diagnostique ». Seule une thymie triste a été relevée, que l'experte du SMR a également noté. L'on remarque encore que les Drs G.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_ n'ont pas mentionné d'état dépressif dans les courriers envoyés à la Justice de Paix motivant la demande de placement à des fins d'assistance. Dans cette mesure, leur appréciation n'apparaît pas exempte de contradictions. Finalement, dans le rapport du Service O.\_\_\_\_\_ du 24 octobre 2014, il est certes relevé que le recourant souffre d'un épisode dépressif moyen à sévère, toutefois, outre le fait que les médecins ne précisent pas depuis quand, ils ne motivent pas plus leur appréciation que les autres médecins traitants du recourant. S'il est fait mention d'hospitalisations dans le cadre d'un syndrome de dépendance à l'alcool et d'un trouble dépressif récurrent, l'on remarque toutefois que les rapports de sorties de l'Hôpital A.\_\_\_\_\_ ne mentionnent pas ce dernier trouble sous la rubrique « motif d'hospitalisation », mais sous « comorbidité(s) & antécédent(s) ».

La Dresse Q.\_\_\_\_\_ a en outre exclu l'existence de troubles de la lignée psychotique ou anxieuse. Il n'y a pas d'élément au dossier qui pourrait laisser soupçonner l'existence d'une autre atteinte sur le plan psychique.

C'est en vain que le recourant tente de remettre en cause l'évaluation de la Dresse Q.\_\_\_\_\_ en soutenant que seul un entretien a eu lieu, dès lors que le nombre d'entretiens nécessaire à une évaluation n'est pas en soi un critère de la valeur probante d'un rapport médical (TF 9C\_550/2014 du 3 février 2015 consid. 4.3.3 ; I 533/06 du 23 mai 2007 consid. 5.6).

Le recourant n'ayant pas amené de documents médicaux permettant de laisser penser qu'une atteinte à sa santé psychique subsisterait ensuite d'un sevrage, il ne saurait en définitive être reproché

à l'intimé d'avoir rendu, sur la base du rapport de la Dresse Q.\_\_\_\_\_, une décision sans attendre que le recourant observe une période d'abstinence, d'autant plus que la Dresse H.\_\_\_\_\_ a retenu encore dans son courrier du 13 juin 2014 le problème d'alcoolisme malgré plusieurs tentatives de sevrage en 2012 et 2013.

Au vu de ce qui précède, la Dresse Q.\_\_\_\_\_, dont le rapport remplit les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître valeur probante (cf. supra consid. 3f), peut être suivie, les troubles dont souffre le recourant étant selon la vraisemblance prépondérante entraînés par la consommation d'alcool. Par conséquent, il convient de retenir l'absence sur le plan psychique d'atteinte ayant valeur de maladie.

**d)** Le recourant souffre par ailleurs de diabète. Si la Dresse H.\_\_\_\_\_ mentionne ce diagnostic à titre de diagnostic ayant des effets sur la capacité de travail dans son rapport du 25 septembre 2012, elle reconnaît toutefois implicitement dans son courrier du 13 juin 2014 que cette atteinte ne peut être considérée comme invalidante. Aucun autre document au dossier ne fait état d'une incapacité de travail liée à cette maladie. Il en va de même de la cirrhose, le rapport de l'Hôpital A.\_\_\_\_\_ du 6 mai 2013 mentionnant du reste l'absence de complications liées à cette atteinte. Quand à l'encéphalopathie hépatique évoquée par la Dresse H.\_\_\_\_\_, l'on remarque qu'aucun médecin, que ce soit le CHUV ou l'Hôpital A.\_\_\_\_\_, ne l'ont retenue comme diagnostic, encore moins comme diagnostic indépendant de la consommation d'alcool ou ayant des séquelles invalidantes qui ne s'amenderaient pas avec un sevrage. Seule un début d'encéphalopathie alcoolique est noté dans un rapport de remise de service interne du CHUV du 31 mai 2013, ce qui ne peut suffire à retenir une atteinte invalidante à ce titre, ni même à ordonner la mise en œuvre de mesures d'instructions complémentaires.

**6. a)** Partant, force est de constater, avec l'intimé et sur la base des conclusions de la Dresse Q.\_\_\_\_\_ qui emportent la conviction, que le recourant présente une toxicodépendance primaire ne pouvant justifier l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité. Le recours doit en

conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

**b)** 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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice, fixés en fonction de la charge liée à la procédure (art. 69 al. 1bis LAI). Ils sont mis à la charge de la partie qui succombe (art. 49 LPA-VD).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 francs.

Le recourant a toutefois été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire pour ce qui concerne les frais judiciaires, de sorte que ces derniers seront provisoirement supportés par le canton (art. 122 al. 1 let a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC).

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est rejeté.
  
- II. La décision rendue le 25 septembre 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

**III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement mis à la charge de l'Etat.

**IV.** S.\_\_\_\_\_ est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, tenu au remboursement des frais judiciaires mis provisoirement à la charge de l'Etat.

**V.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Franziska Lüthy, avocate pour Procap (pour S.\_\_\_\_\_),
- 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 :