

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 avril 2018

Composition : M. PIGUET, président
M. Métral et Mme Berberat, juges
Greffière : Mme Berseth Béboux

Cause pendante entre :

Z. _____, à [...], recourante, représentée par Me Marc-André Nardin,
avocat à La Chaux-de-Fonds,

et

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

Art. 17 et 44 LPGA ; art. 28 al. 1 let. b et c, 59 al. 2bis LAI

E n f a i t :

A. Z._____, née en [...], exerçait les fonctions de directrice et d'enseignante au sein de F._____ à [...].

Souffrant d'une polyradiculonévrite herpétique à la suite d'un herpès génital (syndrome d'Elsberg), elle a déposé le 17 mars 2014 une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le Canton de Vaud (ci-après : l'office AI) a recueilli les renseignements médicaux usuels auprès des Drs S._____, spécialiste en médecine interne générale (rapport du 7 avril 2014, complété le 24 novembre 2014) et G._____, spécialiste en neurologie (rapport du 23 février 2015), puis fait verser à la cause le dossier constitué par A._____, respectivement X._____, assurance perte de gains en cas de maladie de l'employeur.

A la demande d'A._____, l'assurée s'est soumise à une expertise neurologique dont la réalisation a été confiée au Dr D._____, spécialiste en neurologie. Dans son rapport du 9 décembre 2014, ce médecin a retenu le diagnostic d'infection virale par herpès simplex type II (syndrome d'Elsberg), en cours de rémission, et fourni les explications suivantes :

Des douleurs lancinantes des membres inférieurs perturbant le sommeil ainsi qu'une fatigabilité, devant un neurostatus normal, ont permis d'aboutir au diagnostic de syndrome d'ELSBERG à type de polyradiculite lombo-sacrée. Ce dernier faisait suite à un herpès simplex génital, et évoluait depuis le mois d'août 2013. La première consultation auprès du médecin traitant s'est tenue le 31 juillet de la même année et dès lors, une médication psychotrope à visée antalgique a été instaurée. Par la suite, du 12 au 16 août 2013, l'investiguée a séjourné auprès de V._____ [V._____], site [...] (rapport médical du 28 mars 2014, Docteur S._____).

Une consultation d'infectiologie a également été effectuée, au cours de laquelle il a été évoqué qu'une maladie de LYME pouvait être négligée. Néanmoins, des signes d'activité de l'H5V-2 ont été retrouvés. Ainsi, un traitement antiviral par du Valtrex® (valaciclovir) 1g 3x/j pendant cinq à dix jours a été proposé, suivi éventuellement par du Valtrex® (vaticlovir) 500mg/j de longue durée afin d'éviter des réexacerbations du virus. Or, l'examinée a rapporté des symptômes sensitifs et moteurs, faisant évoquer un SJSR [syndrome des jambes sans repos]. Le neurologue traitant a

alors décidé de préconiser du Sifrol® (pramipexole) de manière pragmatique, à doses progressives, à 0.125mg 3 heures avec le coucher (Ndlr. avant le coucher) et à augmenter par palier de 0.125mg de trois à cinq jours jusqu'à un maximum de 0.75mg.

Au contrôle du 21 juillet 2014 sera discutée l'indication d'un traitement antiviral puis une thérapeutique de base (courrier médical du 25 juin 2014, du Professeur G._____).

Dans son rapport médical du 6 août 2014, le Docteur S._____, médecine générale, a relaté la persistance des signes infectieux et retenu le diagnostic de syndrome d'ELSBERG suite à une infection à virus herpès.

L'ensemble des critères conduit au diagnostic d'une infection vulvo-vaginale herpétique, compliquée par une inflammation neuro-radiculaire dans le territoire des racines lombo-sacrées. Il s'agit d'une complication liée à l'ascension à partir des terminaisons nerveuses, du virus herpétique, par neurotropisme jusqu'à l'étage ganglionnaire. Une extension plus proximale, méningée, sinon médullaire (Cf. *la perte momentanée des réflexes cutanés abdominaux, une réponse peu franche du cutané plantaire lors de l'examen effectué par le Professeur G._____, neurologie*) expliquant dans un premier temps une diffusion des douleurs jusqu'à la nuque, n'étant pas à exclure de manière formelle, en présence d'un liquide céphalo-rachidien inflammatoire obtenu lors de deux ponctions lombaires, l'une à la phase initiale à l'V._____, la seconde, ambulatoire, à l'E._____ de [...].

En principe, l'évolution de ce type de complication neurologique est favorable, c'est-à-dire que les déficits sensitifs et moteurs éventuels sont réversibles. Par contre, des douleurs névralgiques résiduelles peuvent perdurer, à l'instar de ce que l'on observe, par exemple au décours d'une infection par l'herpès zoster.

Dans le cas présent, une quinzaine de mois après l'herpès vulvaire, l'observation d'un territoire hypoesthésique vulvaire, périnéal et péri-anal suggère une possible séquelle propre aux névralgies post-zostériennes, sous forme d'un territoire cutané caractérisé par une anesthésie douloureuse. Dans le contexte actuel, il n'y a pas d'anesthésie au sens strict, mais une hypoesthésie accompagnée de douleurs dans le territoire du trouble sensitif subjectif, laquelle paraît répondre au traitement névralgique actuel par le Lyrica® (prégabaline).

L'hypothèse d'un syndrome de jambes sans repos, venu se surajouter aux conséquences du syndrome d'ELSBERG peut se discuter. Comme l'indique le Professeur G._____, neurologie, dans son rapport du 25 juin 2014, « *...un syndrome de jambes sans repos en relation avec l'infection HSV-2 reste certainement ouvert* ».

Un traitement de l'impatience par Sifrol® (pramipexole) a été proposé avec un succès momentanément franc, mais fugace, la tolérance à un ajustement optimal du médicament paraissant s'être révélé difficile. En effet, à l'heure actuelle, le Sifrol® (pramipexole) a été abandonné par l'expertisée. Les réponses qu'elle donne à l'auto-questionnaire IRLSSG RATING SCALE ne paraissent pas en réelle concordance avec l'observation dans le cadre de l'examen d'expertise.

De ce fait, la médication par Sifrol® (pramipexole) ne semble pas concluante. En lieu et place, une option utile pourrait être un essai thérapeutique par le Rivotril® (clonazépam), à disposition sur le marché soit sous forme de comprimés, soit de solution. La solution permet souvent à quelques gouttes près une posologie optimale, avec une action aussi bien sur la douleur que les spasmes musculaires et l'induction du sommeil.

Concernant la proposition de Valtrex® (valaciclovir) par l'infectiologue et le neurologue traitant, la réponse paraît claire au terme du rapport du Docteur J._____, infectiologie et médecine interne «*Pour ce qui est des douleurs post-herpétiques, il n'y a pas de données d'une efficacité des antiviraux sans poussée vésiculaire ou d'inflammation des méninges* ». Tel est le cas actuel, et la prescription à moyen ou à long terme d'un antiviral devrait être réservée à la compétence du spécialiste en virologie.

S'agissant de la question de la capacité de travail, le Dr D._____ a retenu les éléments suivants :

A compter du 12 août 2013, une incapacité de travail a été attestée pour une durée indéterminée (rapport médical du 28 mars 2014, Docteur S._____).

Selon le rapport médical du 6 août 2014 du Docteur S._____, médecine générale, l'incapacité totale de travail prévalait à compter du 31 juillet 2013, toujours pour une durée indéterminée. Aucune reprise de travail ne pouvait être envisagée dans un futur proche.

Entre temps, le Professeur G._____, neurologie, avait prolongé l'incapacité totale de travail jusqu'à la fin du mois d'août 2014 (courrier médical du 25 juin 2014).

Selon les données générales de l'assurée, demande du 3 octobre 2014, l'incapacité de travail a été attestée à 100 % à compter du 31 juillet 2014, pour une durée indéterminée.

En toute objectivité, il ne peut être retenu d'incapacité résiduelle. Seule la douleur, suivant son intensité pourrait constituer un facteur incapacitant momentané, ou périodique, à contrôler par une optimisation du traitement antalgique. Ainsi, au jour de l'expertise, soit le 6 novembre 2014, l'incapacité de travail est de 0 % horaire sans baisse de rendement, dans un emploi similaire au précédent.

Dans un avis du 4 mars 2015, le Service Médical Régional de l'assurance-invalidité (SMR) a pris position sur l'expertise dans les termes suivants :

L'expertise répond aux critères de qualité exigibles et est convaincante dans son analyse comme dans ses conclusions. Par ailleurs l'expert ne décrit pas une thymie de l'assurée qui pourrait laisser penser que l'état dépressif réactionnel évoqué à l'été 2014 puisse être de nature incapacitante. En conséquence nous adoptons les conclusions de l'expert et nous retenons un CT [capacité de travail] entière exigible depuis le 6 novembre 2014 dans l'activité habituelle ou similaire. Du fait des douleurs et de l'évolution

probablement favorable au moment de l'expertise toutes les IT [incapacités de travail] médicalement attestées depuis le 12 août 2013 sont à prendre en considération.

Par projet de décision du 10 avril 2015, l'office AI a informé l'assurée qu'il entendait lui allouer une rente entière d'invalidité limitée dans le temps pour la période courant du 1^{er} septembre 2014 au 28 février 2015.

Malgré les observations formulées par l'assurée, l'office AI a, par décision du 23 mars 2016, confirmé la teneur de son projet de décision et, partant, alloué une rente entière d'invalidité limitée dans le temps pour la période courant du 1^{er} septembre 2014 au 28 février 2015, tout en niant pour le surplus le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

B. **a)** Par acte du 3 mai 2016, Z._____, représentée par Me Marc-André Nardin, a déféré la décision du 23 mars 2016 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2014, subsidiairement au renvoi de la cause à l'office AI pour nouvelle décision au sens des considérants. Contestant la valeur probante du rapport d'expertise du Dr D._____ du 9 décembre 2014, au motif que l'expertise avait été requise par son assurance perte de gain et que, partant, elle ne répondait pas à l'exigence d'indépendance, ainsi que celle de l'avis médical établi le 4 mars 2015 par le SMR, au motif qu'il se contentait de paraphraser, sans autre examen, les conclusions de l'expertise sans examiner l'avis des autres médecins impliqués, la recourante estimait à tout le moins, dans l'hypothèse où l'avis de ses médecins traitants ne devait pas être suivi, qu'une nouvelle expertise devait être ordonnée, expertise qui devait être confiée à un expert indépendant de toute relation économique ou juridique avec son assurance perte de gain. A l'appui de son recours, Z._____ a produit un nouvel avis médical de la Dresse S._____ daté du 2 mai 2016.

b) Dans sa réponse du 15 juin 2016, l'office AI a conclu au rejet du recours. Il a notamment relevé qu'il n'existait en l'espèce aucun

motif justifiant d'écarter le rapport d'expertise établi par le Dr D._____, que les avis médicaux des Drs G._____ et S._____ avaient été dûment pris en considération par l'expert et que le dernier avis médical produit par l'assurée n'apportait aucun élément nouveau.

c) Dans sa réplique du 12 août 2016, Z._____ a confirmé les conclusions prises dans son recours du 3 mai 2016. Elle a insisté une nouvelle fois sur le fait qu'il n'était raisonnablement pas possible d'accorder une pleine valeur probante à l'expertise du Dr D._____.

d) Dans sa duplique du 5 septembre 2016, l'office AI a confirmé la force probatoire de l'expertise du Dr D._____ et conclu une nouvelle fois au rejet du recours.

e) Par courrier du 20 décembre 2016, Z._____ a produit une lettre du 20 juillet 2016 du Dr W._____, spécialiste en médecine interne générale et en maladies infectieuses, à l'intention de la Dresse S._____ ainsi qu'une lettre du 14 décembre 2016 adressée à son mandataire par la Dresse S._____.

f) Dans ses déterminations du 16 février 2017, l'office AI a constaté qu'il n'y avait pas d'élément médical objectif nouveau susceptible de remettre en question son appréciation de la situation.

g) Par courrier du 31 mars 2017, Z._____ a produit un rapport médical du 17 février 2017 établi par la I._____, duquel il ressortait qu'elle avait développé un tableau clinique évocateur d'une varicelle au cours de ses vacances en R._____, ainsi qu'une lettre du 1^{er} mars 2017 du Dr W._____ à l'intention de la Dresse S._____.

h) Dans ses déterminations du 30 mai 2017, l'office AI a constaté, outre le fait que ces pièces médicales abordaient en bonne partie un événement postérieur à la décision litigieuse, qu'ils n'apportaient pas d'éléments objectifs de nature à modifier ses conclusions relatives à l'exigibilité.

i) Dans ses déterminations du 16 juin 2017, Z._____ a produit un rapport médical du 1^{er} juin 2017 établi par U._____, ainsi qu'un compte rendu de ses douleurs couvrant la période du 5 mai au 4 juin 2017. Elle a relevé que la rémission annoncée par le Dr D._____ n'avait pas eu lieu, que les douleurs persistaient et que le traitement antalgique se poursuivait sans grand succès. Fort de ces constats, une nouvelle expertise devait être ordonnée ou, si cette mesure devait s'avérer inutile, la rente devait être accordée.

j) Dans ses déterminations du 4 juillet 2017, l'office AI a persisté dans ses conclusions tendant au rejet du recours.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI ; RS 831.20]). 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 (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le point de savoir si la recourante présentait depuis le mois de novembre 2014 une pleine capacité de travail dans son activité habituelle et si les conditions étaient réunies pour que l'office AI supprime à partir du 1^{er} mars 2015 son droit à une rente d'invalidité.

3. **a)** Dans le domaine de l'assurance-invalidité, une personne assurée ne peut prétendre à une rente que si elle 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, elle est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). Est réputée incapacité de travail 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) Selon la jurisprudence, une décision qui simultanément accorde une rente avec effet rétroactif et en prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression, respectivement octroie une rente pour une durée limitée correspond à une décision de révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 131 V 164 consid. 2.2 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; 125 V 413 consid. 2d).

c) En vertu de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; 113 V 273 consid. 1a). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b ; 387 consid. 1b).

4. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

b) D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2).

5. Dans une série de griefs de nature formelle, la recourante remet en cause la valeur probante que l'office intimé a accordée au rapport d'expertise établi par le Dr D. _____ et à l'avis médical du 4 mars 2015 établi par le SMR.

a) En premier lieu, la recourante considère que le Dr D. _____ ne présentait pas toutes les garanties nécessaires en matière d'indépendance et d'impartialité, puisqu'il avait été mandaté par son assurance perte de gains, assurance qui avait un intérêt à interrompre le versement des indemnités journalières. Hormis le titre et la qualité du mandataire du Dr D. _____, la recourante n'allègue toutefois aucun élément objectif apte à démontrer que cet expert aurait fait preuve d'une quelconque partialité dans la rédaction de son rapport ou, par son comportement, dans le cadre de l'examen. Au surplus, il y a lieu d'ajouter que le fait qu'un médecin indépendant se voit confier, même

régulièrement, des mandats d'expertise par un assureur social ne constitue pas en soi un motif suffisant pour fonder un manque d'objectivité et d'indépendance (cf. ATF 137 V 210 consid. 1.3.3 ; voir également TF I 885/06 du 20 juin 2007 consid. 5.1).

b) En second lieu, la recourante reproche à l'avis médical du SMR du 4 mars 2015 d'être incomplet, dans le sens qu'il n'opère nullement la synthèse des différents rapports médicaux produits au cours de la procédure, et de ne reposer sur aucune observation clinique directement opérée par un médecin du SMR. Selon la jurisprudence, un avis médical du SMR constitue un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). Un tel rapport a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci. Conformément au principe de la libre appréciation des preuves, il convient d'apprécier chaque élément de preuve à sa juste valeur et en fonction de sa force probante (cf. TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1).

c) En contestant la valeur probante du rapport d'expertise établi par le Dr D. _____ et de l'avis médical du 4 mars 2015 établi par le SMR, la recourante reproche en réalité à l'office intimé d'avoir procédé à une constatation manifestement arbitraire des preuves. Il s'agit-là de griefs qu'il convient d'examiner avec le fond du litige.

6. a) Sur le plan médical, il n'est pas contesté que la recourante souffre des complications d'une infection par un virus herpétique (herpès

simplex de type 2), sous forme d'une inflammation radiculaire des territoires lombo-sacrés (polyradiculite herpétique ou syndrome d'Elsberg).

b) Est litigieuse en l'occurrence la question de savoir si les douleurs résiduelles au niveau des membres inférieurs dont se plaint la recourante justifient de retenir une incapacité de travail au-delà du 6 novembre 2014. Il convient par conséquent d'examiner les pièces médicales versées au dossier.

aa) Sur le plan neurologique, l'expertise du Dr D. _____ n'est, comme le relève la recourante, pas exempte de contradictions. Tout en estimant qu'il ne pouvait être retenu d'incapacité de travail résiduelle, ce médecin a admis que la recourante présentait des douleurs résiduelles qui, selon leur intensité, « *pourrai[en]t constituer un facteur incapacitant momentané, ou périodique, à contrôler par une optimisation du traitement antalgique* » (expertise, p. 28). Il a également indiqué que « *[l]a rémission significative des critères diagnostiques avec traitement devrait vraisemblablement être atteinte à plusieurs mois ou alors on observera une chronicisation définitive à l'état douloureux résiduel* » (expertise, p. 27). Or, en présence d'un tel constat, l'on était en droit d'attendre de l'expert qu'il procède à une analyse plus circonstanciée de la fréquence et de l'intensité des douleurs et explique les raisons pour lesquelles il était d'avis qu'elles ne constituaient pas une gêne pour la recourante pour exercer son activité habituelle, singulièrement ne justifiaient pas de retenir une diminution de rendement à tout le moins. Eu égard à l'appréciation sommaire et péremptoire de la capacité de travail de la recourante (« *En toute objectivité, il ne peut être retenu d'incapacité résiduelle* »), le rapport du Dr D. _____ doit être écarté. S'agissant des autres pièces médicales postérieures au 4 novembre 2014 versées au dossier (rapports du Dr W. _____ des 29 janvier 2015 et 1^{er} mars 2017 ; rapport d'U. _____ du 1^{er} juin 2017), elles ne contiennent aucune appréciation circonstanciée de la capacité de travail, de sorte qu'elles ne permettent pas non plus de se prononcer en connaissance de cause. On précisera à cet égard qu'il n'y a pas lieu de se fonder sur les certificats

d'incapacité de travail produits à l'appui du recours. Selon la jurisprudence, un certificat d'incapacité de travail atteste que la personne assurée n'est pas en mesure de reprendre son activité habituelle, ou seulement de manière partielle ; il ne fournit en revanche aucune indication quant à la capacité résiduelle de travail de la personne assurée dans l'activité qui peut être raisonnablement exigée d'elle sur un marché du travail équilibré (cf. art. 16 LPGA), qui est seule décisive pour l'examen du droit à une rente d'invalidité (TF 9C_394/2010 du 24 février 2011 consid. 3.4 et les références).

bb) Sur le plan psychique, il n'y a pas lieu de suivre l'office intimé lorsque celui-ci soutient qu'aucune problématique psychique n'a été mise en évidence par les médecins qui ont vu la recourante. Le Dr D._____ a mis en exergue que le caractère particulièrement névralgiques des douleurs résiduelles et leur durée sur le long terme pouvaient avoir un effet déstabilisant au plan de l'équilibre affectif et psychique et indiqué que la mise en œuvre d'un soutien psychothérapeutique pourrait s'avérer nécessaire (expertise, p. 34). En parallèle, il ressort néanmoins du dossier que la recourante a été confrontée à plusieurs facteurs de stress psychosociaux (notamment son licenciement [rapport de la Dresse S._____ du 2 mai 2016]) ainsi qu'à des conflits émotionnels (difficultés dans les interactions humaines [rapport du Dr W._____ du 1^{er} mars 2017]). Or, la jurisprudence a souligné que les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de la loi. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable

au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a).

c) Au vu du temps qui s'est écoulé entre la consultation de neurologie à la base de l'expertise (6 novembre 2014) et la date de la décision litigieuse (23 mars 2016), et compte tenu des éléments médicaux ressortant de l'expertise – aussi bien sur le plan neurologique que sur le plan psychiatrique –, l'office AI ne pouvait s'abstenir de compléter l'instruction en requérant des informations complémentaires sur l'évolution de la symptomatologie. En l'absence d'appréciation médicale exhaustive permettant de se prononcer en connaissance de cause, l'instruction doit être complétée afin que l'éventuel caractère invalidant de l'atteinte à la santé présentée par la recourante puisse être examiné. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à l'office intimé, autorité à qui il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA), afin qu'il mette en œuvre une expertise bidisciplinaire (neurologique et psychiatrique) répondant aux exigences de l'art. 44 LPGA.

8. a) Partant, le recours doit être admis, et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'office intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

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; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur

litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (cf. art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de l'office intimé, qui succombe (cf. art. 69 al. 1 LAI ; art. 49 al. 1 LPA VD).

c) La recourante qui obtient gain de cause avec l'assistance des services d'un mandataire professionnel pour la défense de ses intérêts, peut prétendre une indemnité de dépens à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA ; 55 al. 1 LPA-VD ; art. 10 et 11 TFJDA [tarif cantonal vaudois des frais judiciaires et des dépens en matière administrative du 28 avril 2015 ; RSV 173.36.5.1]). Compte tenu de l'ensemble des circonstances, il convient de les arrêter à 4'000 francs.

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 23 mars 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à Z._____ le montant de 4'000 fr. (quatre mille francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Marc-André Nardin (pour la recourante),
- 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 :