

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 février 2022

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mme Dormond Béguelin et M. Gutmann, assesseurs
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

Z. _____, [...], recourante, représentée par Me Alexandre Guyaz, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6 s., 43 al. 1, 44 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. a) Ressortissante portugaise, Z._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], est mère d'un enfant né en [...]. Arrivée en Suisse en [...], elle est titulaire d'une autorisation de séjour de type C. Sans formation professionnelle, elle travaillait dès le 1^{er} décembre 1999 en qualité d'employée de bureau (« collaboratrice au bureau de contrôle ») auprès de la R._____ à [...]. Elle était en arrêt de travail à 100 % depuis le 1^{er} juin 2015 en raison de la persistance de douleurs post-opératoires à la suite d'une intervention gynécologique par cavatherm pour des hyperménorrhées le même jour, d'une laparoscopie diagnostique avec kyste ovarien gauche, dilatation cervicale et révision de l'isthme utérin à la curette le 7 juin 2015, et d'une hystérectomie totale par laparoscopie avec salpingectomie droite le 23 juin 2015. S._____ SA (ci-après : S._____), assureur perte de gain de l'employeur, a pris en charge le cas et a versé des indemnités journalières jusqu'au 16 juin 2017 (pièces 2, 30, 39, 40, 65, 66 et 87). Malgré plusieurs traitements dont elle a bénéficié (laparoscopie en janvier 2016, Lyrica®, Saroten®, Rivotril®, électrostimulation en février 2016), l'assurée a continué à présenter des douleurs pelviennes persistantes.

b) Z._____ s'est annoncée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) dans le cadre du dépôt, le 11 novembre 2015, d'une demande de prestations pour adulte (mesures professionnelles et/ou rente) en raison de douleurs aiguës et continues probablement liées à la lésion d'un nerf, à la suite d'une opération chirurgicale en juin 2015.

D'après le questionnaire 531bis du 21 janvier 2016, l'assurée en bonne santé travaillerait à 100 % comme employée de bureau depuis 1987 par nécessité financière.

Par communication du 26 janvier 2016, l'OAI a indiqué à l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible actuellement compte tenu de la situation médicale qui n'était pas

encore stabilisée, et que l'instruction du cas se poursuivait sur le plan médical.

Dans un rapport du 26 avril 2016 à l'OAI, le Dr M._____, spécialiste en gynécologie et obstétrique, consulté par l'assurée depuis le 16 septembre 2015, a diagnostiqué un syndrome douloureux pelvien totalement incapacitant depuis le début de sa prise en charge.

Dans un rapport d'expertise gynécologique du 12 juin 2016 à l'intention du médecin-conseil de S._____, le Dr L._____, spécialiste en gynécologie et obstétrique, a retenu le diagnostic de syndrome d'Alcock, avec la précision qu'un syndrome dépressif post-opératoire aggravant ce phénomène se discutait. Il estimait la capacité de travail comme étant nulle, mais avec une reprise du travail partielle envisageable.

Un rapport d'expertise du 11 juillet 2016 a été établi à la demande de S._____ par le Dr A._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie. Ce médecin retenait le diagnostic de réaction dépressive prolongée (F43.21) ainsi qu'une capacité de travail de l'assurée réduite en raison de l'action chronique des douleurs sur sa santé psychique, soit une diminution du sommeil, une fatigue, une tristesse ainsi qu'une diminution de l'envie et du plaisir liée directement aux douleurs.

Après la reprise du travail à un taux de 25 %, du 9 mai au 30 août 2016, l'assurée a présenté une incapacité de travail complète depuis le 31 août 2016 (pièce 43).

Le 18 janvier 2017, Z._____ a déposé une demande d'allocation pour impotent de l'assurance-invalidité, en indiquant, quant au genre d'atteinte à la santé, l'existence d'un syndrome d'Alcock depuis le 1^{er} juin 2015, selon toute vraisemblance consécutif à une erreur médicale. Elle mentionnait un besoin d'aide de la part d'un tiers pour l'acte ordinaire de la vie « se déplacer/entretenir des contacts sociaux » depuis le mois de décembre 2016 « en raison des douleurs, Mme n'arrive

plus à conduire ; ni à marcher longtemps ; ni à prendre les transports publics. Il faut la conduire en véhicule ordinaire ». Elle indiquait par ailleurs un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie sous la forme d'une aide au ménage depuis les mois de juin-juillet 2015.

Le 6 mars 2017, le Dr M._____ a répondu comme suit à un questionnaire de l'OAI :

“1) Diagnostic :

- Syndrome douloureux pelvien type neuropathique invalidant, empêchant la position assise prolongée.
- Status après thermocoagulation de l'endomètre en été 2015.
- Status post hystérotomie par laparoscopie en été 2015.
- Status après laparoscopie exploratrice en janvier 2016.
- Status après stimulation antalgique en mars 2016.

2) Évolution :

- La symptomatologie douloureuse demeure inchangée depuis avril 2016 à quoi [s]e surajoute une aggravation de l'état psychique. Pas d'amélioration à ce jour.

3) Capacité au travail :

- Dans l'état actuel, la patiente n'est pas en mesure de mener une activité professionnelle quelconque.

4) Capacité de travail dans une activité adaptée :

- Actuellement, la patiente n'est pas en mesure de mener une activité professionnelle, pas même adaptée, compte tenu de son état psychologique.

5) Quelles sont les limitations fonctionnelles :

- La patiente présente une douleur aiguë au niveau suspubien et anal, ainsi que lombosacré, lors de la position debout et assise et est soulagé[e] qu'en position couchée. Les divers traitements antalgiques médicamenteux y compris perfusion intraveineuse de Lidocaïne n'ont pas apporté d'améliorations cf. consultation antalgique du CHUV Dr C._____.

6) Quels sont les dates et les t[aux] précis des arrêts de travail :

- Les derniers certificats ont été délivrés par le Dr F._____ à [...].

- 7) Quels sont les traitements en cours et la compliance de ces derniers :
- La patiente est actuellement en traitement par le centre d'antalgie du CHUV, ainsi que sous antidépresseur Timbalta, la patiente est actuellement à la recherche d'un traitement de soutien psychiatrique et [a] également recours à diverses médecines complémentaires. La compliance à ce traitement est bonne, en revanche l'efficacité de tous ces traitements ensemble très mauvaise."

Le 16 mars 2017, le Dr F._____, spécialiste en médecine interne générale, médecin traitant, a répondu comme suit aux questions de l'OAI :

- "1. Quel est le diagnostic précis ayant une répercussion sur la capacité de travail ?*
- Syndrome douloureux (syndrome d'Alcock).
- 2. Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis le début de l'incapacité de travail (juin 2015) ?*
- Aggravation des douleurs.
- 3. Quels sont les dates et les taux précis des arrêts de travail ?*
- Incapacité de 100 % durable dès 1.6.2015.
- 4. Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle ? Depuis quand ?*
- Nulle.
- 5. Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ? Depuis quand ?*
- Nulle actuellement.
- 6. Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical ?*
- Importantes douleurs lombo-sacrées chroniques avec brûlures région pelvienne.
- 7. Quels sont les traitements en cours et la compliance à ces derniers ?*
- Excellente compliance. Suivie par Service d'Antalgie au CHUV"

Par rapport du 27 mars 2017 à l'OAI, le Dr C._____, spécialiste en anesthésiologie, retenant les diagnostics de douleurs

pelviennes et de réaction dépressive prolongée (F43.21) avec une influence sur l'accomplissement des actes ordinaires de la vie de manière autonome depuis le 1^{er} juin 2015, a fait part d'une incapacité de travail complète de l'assurée.

Aux termes d'un avis médical du 15 juin 2017, la Dre W._____, du SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité), a préconisé une expertise pluridisciplinaire psychiatrique, gynécologique et neurologique compte tenu de la situation complexe de l'assurée avec une symptomatologie algique extrême multi-investiguée et traitée, sans causes explicatives, ainsi qu'une capacité de travail qui était nulle mais pas définitivement et sans pouvoir établir la possibilité d'une amélioration.

L'OAI, suivant l'avis du SMR, a confié la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire (médecine interne générale, gynécologie et obstétrique, psychiatrie et neurologie) au Centre médical d'expertises K._____ SA, à [...]. Dans leur rapport du 9 février 2018, les Drs H._____, spécialiste en médecine interne générale, V._____, spécialiste en gynécologie et obstétrique, N._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, et E._____, spécialiste en neurologie, ont retenu, sans répercussion sur la capacité de travail, le diagnostic de trouble de l'adaptation avec prédominance d'une perturbation d'autres émotions (F43.23). Au moment d'apprécier la situation et de formuler leurs conclusions, les experts ont émis les considérations suivantes (rapport d'expertise, pp. 21 et 22) :

“Sur le plan de la médecine interne

On retiendra uniquement des lombalgies banales sans aucun déficit sensitif ou moteur. Le reste du status est strictement à la limite de la norme. L'expertisée présente donc une capacité de travail de 100%, sans aucune limitation fonctionnelle et sans diminution du rendement dans sa dernière activité exercée comme employée de bureau.

Sur le plan gynécologique

L'indication médicale pour une endométrectomie a été discutée avec la patiente qui a donné son consentement. Les alternatives de prise en charge n'ont pas toutes été évoquées.

Il est évident que la symptomatologie douloureuse du pelvis apparue deux jours après l'endométréctomie est en lien avec cette intervention. La prise en charge médicale de cette casuistique a été réalisée dans les règles de l'art et menée de manière intense. L'enchaînement des interventions et des investigations dans les quelques mois suivant le début juin 2015 a été soutenu.

Il existe deux incohérences :

1. La plus probable explication de toute la symptomatologie est une perforation ou un amincissement de la corne utérine gauche lors du curetage. L'enchaînement d'une endométréctomie à l'aide du Cavaterm (source chaude 10 min. à 75° C) a pu occasionner une lésion thermique des fibres nerveuses du plexus pelvien gauche. Lors de la laparoscopie du 07.06.2015, l'opérateur décrit au niveau de la corne utérine gauche une petite lésion hyperhémisée d'environ 1 cm avec un minime dépôt de fibrine évoquant un status après perforation. Par la suite, l'exploration du petit bassin, de l'utérus, de la loge annexielle gauche lors de l'hystérectomie coelioscopique du 23.06.2015 est visualisée comme normale. L'examen histologique de la pièce opératoire décrit un status post endométréctomie sans signaler de particularité au niveau de la corne utérine gauche. Dans les suites opératoires, la patiente signale une disparition des douleurs de l'hémi-bassin gauche pendant 2 semaines. Puis, brutalement, de manière très surprenante et difficile à expliquer, les douleurs sont réapparues comme précédemment. Entretemps, une origine urétérale a été exclue par uro-CT. Lors de la dernière laparoscopie du 26.02.2016, il y a une absence d'adhérences et d'anomalies surtout évocatrices de brûlures internes de la loge annexielle gauche. Ce qui est troublant et exclut vraisemblablement une atteinte neurologique est le manque de séquelles de troubles sensitifs ou moteurs. L'échec d'une stimulation neuronale, entraînant d'après la patiente une détérioration de la symptomatologie douloureuse, est également étonnant.
2. L'examen gynécologique est troublant, très douloureux à la palpation bimanuelle, alors que l'examen à l'échographie vaginale est asymptomatique, si ce n'est lors de la poussée de la sonde sur le kyste ovarien gauche. La patiente reconnaît que l'examen n'a pas été douloureux.

Actuellement, la prise en charge par le centre d'antalgie du CHUV n'apporte semble-t-il pas d'amélioration à sa qualité de vie. La douleur ne lui laisse aucun répit, devant continuellement changer de position. Elle a fait un effort particulier de venir en train de [...] et a du souci pour sa rentrée.

Sur le plan neurologique

Cette expertisée présente des douleurs pelviennes qui irradient dans la cuisse gauche. L'examen clinique ne permet pas d'objectiver de déficit neurologique. L'EMG [électromyogramme] est également normal.

Je tiens à préciser que je ne pratique pas d'examen électroneurographique du nerf honteux qui passe à travers le canal d'Alcock, n'ayant pas la formation ni l'appareillage nécessaire. Si de telles investigations sont rendues nécessaires par l'expertise, je préconise d'adresser la patiente en milieu universitaire.

Du point de vue neurologique en revanche, je n'ai pas décelé de lésion neurogène de type central ou périphérique.

Sur le plan psychique

Au cours de l'entretien ainsi que du point de vue anamnestique, l'expert psychiatre n'a pas pu déceler des signes ou des symptômes d'une maladie psychiatrique ou d'un trouble de la personnalité. Le principal problème de cette assurée est la douleur présente après une opération de l'utérus en 2015 dont l'assurée est convaincue qu'il s'agit d'une erreur médicale, avec des limitations fonctionnelles notamment somatiques. L'assurée réagit par un trouble de l'adaptation avec prédominance d'une perturbation d'autres émotions (F43.23 IDC 10) qui est très léger au moment de l'entretien et qui ne provoque pas de limitation fonctionnelle du point de vue psychiatrique qui empêcherait cette assurée de travailler.

L'expert psychiatre signale qu'une expertise psychiatrique a été réalisée le 11.06.2016 sur le compte de l'assurance perte de gain avec le diagnostic de réaction dépressive prolongée (F43.21) qui est en rémission actuellement.

En conclusion

L'expertisée déclare éprouver d'importantes douleurs au niveau du bassin. L'expertise neurologique ne retient pas de limitation fonctionnelle et pas de diminution du rendement dans la dernière activité.

Les résultats d'un examen électroneurographique du nerf honteux qui passe à travers le canal d'Alcock nécessite une formation et un appareillage spécial. Il se pratique uniquement en milieu universitaire, c'est pourquoi il n'a pas [pu] être réalisé pour la présente expertise pour des questions techniques. Toutefois, il est possible de conclure sans disposer de cet examen car les résultats, pathologiques ou non, ne modifieraient pas notablement les conclusions de la présente expertise.

En effet, l'examen de médecine interne et l'expertise gynécologique ont fait ressortir de nombreuses incohérences entre les déclarations et le comportement de l'expertisée. Elle a montré peu de symptômes lors de l'examen gynécologique interne par sonde, ce qui relativise l'intensité de ses douleurs. Elle ne prend du reste aucun antalgique, absents dans le dosage sanguin.

Finalement, l'expertise gynécologique, psychiatrique et de médecine interne arrive à la conclusion unanime qu'il n'y a pas de limitations fonctionnelles.

Par conséquent, il y a une capacité de travail totale dans la dernière activité exercée sans aucune diminution du rendement.”

Les experts du K._____ ont conclu que la capacité de travail était de 100 % dans l'activité habituelle, comme dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assurée, depuis la dernière intervention chirurgicale du 23 juillet (recte : juin) 2015.

Aux termes d'un rapport médical du 13 février 2018, la Dre W._____, du SMR, faisant siennes les conclusions des experts, a retenu aucune atteinte principale à la santé, ni limitations fonctionnelles, mais uniquement un trouble de l'adaptation avec prédominance d'une perturbation d'autres émotions, comme pathologie non associée du ressort de l'assurance-invalidité. La capacité de travail de l'assurée était totale en toute activité, en l'absence d'atteinte à la santé incapacitante de longue durée.

Par projet de décision du 15 février 2018, l'OAI a fait part au conseil de l'assurée de son intention de lui refuser le droit à la rente. Ses observations étaient les suivantes :

“Par sa demande du 11 novembre 2015, Madame Z._____ a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité.

Pour nous permettre d'évaluer son droit aux prestations ainsi que des possibilités de réadaptation, le soutien du corps médical est essentiel. Depuis le dépôt de sa demande, nous avons récolté et demandé des renseignements médicaux. Ces derniers ont été examinés de manière approfondie au fur et à mesure par le Service Médical Régional.

Il ressort de l'instruction médicale complète et détaillée que l'assurée ne présente pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI.

Bien que le médecin généraliste atteste d'une incapacité de travail, les atteintes qu'elle présente ne justifient pas la poursuite d'une incapacité de travail durable ouvrant le droit à des prestations financières de notre assurance. Nous relevons également l'absence de limitations fonctionnelles.

Il n'y a pas d'invalidité présentée, ni imminence d'invalidité, qui soit de nature à lui ouvrir un droit à des prestations financières de notre assurance. En l'espèce, le droit aux prestations de l'assurance-invalidité ne peut que lui être nié.”

Le 16 juillet 2018, l'assurée, assistée de Me Rébecca Grand, a contesté ce projet en demandant son annulation, un complément d'instruction puis une nouvelle décision, subsidiairement « qu'une invalidité complète lui soit reconnue, à l'échéance du délai d'attente ». A ses yeux, le rapport d'expertise du K._____ du 9 février 2018, outre des erreurs et imprécisions, n'était pas conforme à la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux ou dépressifs légers à moyens, et ne pouvait se voir accorder une valeur probante par l'administration. Elle opposait les conclusions des autres médecins (Drs L._____ et A._____) en relevant que les experts ne s'étaient pas déterminés en indiquant pour quels motifs ils s'écartaient de ces avis médicaux, estimant que le rapport d'expertise était donc insuffisamment motivé. Dans le cadre de l'examen de ces objections, l'OAI a recueilli les pièces médicales suivantes :

- un rapport du 13 juillet 2018 du Dr F._____ qui s'est exprimé comme suit sur l'évolution de l'état de santé de l'intéressée :

“Madame Z._____, souffrant d'un syndrome de Alcock après cautérisation par Cavaterm de la muqueuse interne, a bénéficié d'une infiltration pudendale en date du 20 juin 2018 dans le service de radiodiagnostic du CHUV, sous le service de rhumatologie du CHUV.

L'évolution a été immédiatement très favorable avec une très importante régression des douleurs, ceci confirmant le diagnostic de syndrome de Alcock, qui avait été mis en doute par les experts.

Il convient donc sans hésitation d'affirmer que Mme Z._____ souffre d'un syndrome de Alcock consécutif à l'intervention gynécologique citée plus haut, et que le bon résultat de cette infiltration confirme le diagnostic.” ;

- un rapport du 25 septembre 2018 adressé au Dr F._____ par la Prof. T._____ et la Dre E._____, respectivement professeur associé et médecin- chef ainsi que cheffe de clinique au Centre de [...] de l'Hôpital [...] du CHUV, consécutif à une consultation de l'assurée le 4 septembre 2018. Ces médecins spécialistes ont diagnostiqué un syndrome pelvien chronique potentiellement sur névralgie du pudental ainsi que des antécédents d'hystérectomie le 15 juin 2015 et une allergie aux Opioides.

Il est noté une bonne efficacité initiale de l'infiltration au niveau du canal d'Alcock réalisée le 20 juin 2018 qui constitue un « argument positif pour une névralgie du pudendal ». La réalisation d'une nouvelle infiltration était demandée ;

- un rapport du 8 novembre 2018 adressé par le Dr M. _____ au médecin-chef du Service de gynécologie du CHUV (Dr O. _____), dont il ressort ce qui suit :

“Merci de convoquer la patiente susnommée pour prise en charge d'un prolapsus vaginal.

Pour rappel, cette patiente avait subi une hystérocopie avec Cavatherme en 2015 qui s'était soldé par des douleurs aiguës dans la région pelvienne. Par la suite elle a subi une hystérectomie au CHUV qui n'a pas changé la situation. Après de nombreuses investigations et de nombreux traitements, elle se trouve aujourd'hui dans une situation d'échec thérapeutique avec une demande d'AI en cours, aide sociale, etc. Elle a également porté plainte contre son ancien gynécologue. Actuellement elle est suivie par le centre de la douleur du CHUV. Selon moi, il s'agit d'une névralgie du canal d'Alcock gauche, dont la prise en charge est extrêmement complexe chez cette patiente.

Depuis 2 jours elle présente un prolapsus complet du dôme vaginal avec difficultés mictionnelles. Sa survenue a été soudaine. A la consultation hier, j'ai mis en place un cube de Arabin afin de soulager momentanément la patiente, mais celui-ci a dû être retiré après un jour seulement en raison de l'accentuation de ses douleurs névralgiques.

Je me permets de te la réadresser pour prise en charge chirurgicale de ce deuxième problème.” ;

- un rapport du 8 février 2019 à l'OAI de la Dre E. _____ retenant les diagnostics, ayant une incidence sur la capacité de travail, de syndrome pelvien douloureux chronique et névralgie du pudendal (depuis 2015) et d'endométriose (depuis 2016). Sans incidence sur la capacité de travail, elle a diagnostiqué un prolapsus pelvien intensifiant les douleurs (depuis 2018). Confirmant le succès de la première infiltration du canal d'Alcock ainsi que d'autres moins efficaces avec récurrence des douleurs, elle évaluait la capacité de travail de l'assurée comme nulle dans l'activité habituelle de « travail de bureau en position assise et longs trajets » depuis le mois de juin 2015. Les limitations fonctionnelles listées étaient les suivantes :

« Ne peut rester dans la même position plus de 5 min. Seule position relativement antalgique : Debout. Ne peut pas passer l'aspirateur. Douleur à la marche et dans les escaliers ». En l'état, il s'agissait de poursuivre le traitement (infiltrations et suivis) au centre anti-douleur avec une opération du prolapsus par les gynécologues.

Le 16 avril 2019, l'OAI a recueilli l'avis « audition » du Dr I._____, du SMR, lequel a fait le point de situation suivant sur l'ensemble des éléments médicaux produits par l'assurée dans le cadre de sa contestation envers le préavis négatif de rente du 15 février 2018 :

“AUDITION

Assurée de 51 ans, originaire du Portugal, célibataire et mère d'un enfant adolescent. Sans formations elle travaillait comme employée de bureau à la R._____. Il s'agit d'une première demande.

Une expertise multidisciplinaire en 2018 a conclu à une pleine capacité de travail en toutes activités compatibles avec les compétences de l'assurée. Un projet de refus de rente a donc été adressé à l'assurée qui fait opposition dans le cadre de cette audition. Le nouveau rapport médical fourni pour appuyer cette opposition ne fait que reprendre les pathologies connues et déjà investiguées lors de l'expertise et de l'instruction au SMR, en particulier les douleurs récurrentes au niveau pelvien et la névralgie du pudendal depuis 2015. Le seul élément nouveau concerne le prolapsus pelvien depuis 2018 et qui a été opéré. En tout état de cause ce prolapsus ne peut constituer une maladie incapacitante de longue durée mais seulement une IT [incapacité de travail] temporaire post opératoire de quelques semaines (RM Dr E._____ du 08.02.2019).

En conséquence il n'y a pas d'élément objectif nouveau produit qui motiverait un changement des conclusions antérieures. Nous restons à disposition.”

Aux termes d'un avis SMR du 20 juin 2019, la Dre W._____, notant en particulier l'absence d'un examen électroneurographique du nerf honteux dont le résultat n'aurait de toute manière pas changé les conclusions des experts et que l'assurée avait bénéficié d'une infiltration pudendale en juin 2018 très efficace de façon transitoire mais sans que d'autres injections depuis n'avaient eu la même efficacité, a confirmé l'absence de nouveaux éléments sur le plan médical susceptibles de modifier les conclusions du rapport SMR du 13 février 2018.

Le 3 septembre 2019, le Dr F._____ a répondu à un questionnaire adressé dans l'intervalle par l'OAI. Ce médecin a confirmé que la capacité de travail de l'assurée était nulle tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, dans le contexte d'une évolution défavorable de l'état de santé somatique avec une augmentation des douleurs depuis le dernier rapport de juillet 2018. Ce médecin a transmis à l'OAI notamment les documents suivants :

- un protocole opératoire du 1^{er} avril 2019 du Dr O._____, médecin-chef du Service de chirurgie gynécologique du CHUV, consécutif à l'opération du prolapsus de l'assurée le 19 mars 2019 ;

- un rapport du 19 juillet 2019 des médecins du Service de psychiatrie générale du CHUV, site de [...], consécutif à une hospitalisation volontaire de l'assurée, du 24 au 27 juin 2019, en raison de l'apparition d'hallucinations auditives (« voix menaçantes d'hommes et de femmes qui lui disaient de partir de la maison sous peine d'être tuée avec son fils ») sans cause organique identifiée. Ce rapport d'hospitalisation se termine comme suit :

"Synthèse - Discussion et évolution

La patiente nous est adressée par les urgences dans un contexte d'épisode psychotique aigu.

Sur le plan diagnostique, au vu de l'apparition et la disparition brutale du phénomène hallucinatoire chez une patiente sans antécédents psychotiques ainsi que la présence de plusieurs facteurs de stress, nous concluons [à] un épisode psychotique aigu et transitoire.

Parmi les facteurs de crise que nous avons pu identifier, il y a de multiples opérations subies au dos, ce qui impacte la vie quotidienne de la patiente, avec des douleurs quasi constantes. D'autre part, elle identifie comme difficulté principale sa situation sociale, avec de l'instabilité et de l'incertitude quant à l'avenir, au vu d'un premier refus de la demande AI. Finalement la patiente mentionne la mort subite de son compagnon dans des circonstances peu claires en Angleterre.

Sur le plan médicamenteux, nous reconduisons le traitement habituel de la patiente, en prescrivant la Duloxétine 60 mg en prise unique journalière. Au vu des difficultés d'endormissement manifestées lors de l'hospitalisation, nous introduisons un traitement de Temesta 2,5 mg d'office et 1 mg 3x/j en réserve, en plus de

Stilnox 6,5 mg en réserve, auxquelles la patiente fait recours à une reprise.

Sur le plan somatique, nous retenons une bactériurie asymptomatique sur la présence de leucocyte dans les urines, sans symptômes d'infection urinaire.

Au début de l'hospitalisation, la patiente exprime son souhait de sortir de l'hôpital, vu que les symptômes qui ont conduit à son admission se sont amendés. Au vu de l'inquiétude de son entourage qui l'ont amenée aux urgences, ainsi que l'apparition et disparition soudaine de la symptomatologie, nous proposons un temps d'observation, que la patiente accepte. Lors du bilan, la patiente élabore sur les facteurs de crise susmentionnés, ensuite réitère sa demande de quitter notre établissement. Devant l'absence de symptomatologie psychiatrique aiguë, le potentiel suicidaire faible, l'absence d'idéation suicidaire active et l'absence d'éléments faisant penser à un risque imminent, nous n'avons pas d'éléments pour poursuivre l'hospitalisation contre le gré de la patiente. Nous lui restituons qu'une investigation des facteurs étiologiques des hallucinations décrites la semaine passée, vis-à-vis desquelles la patiente est critique, est indiquée et est à travailler en ambulatoire.

Le Dr Q._____, qui nous lit en copie, est le psychiatre qui la suivra en deuxième ligne au sein du centre d'antalgie."

Aux termes d'un avis « audition » du 6 décembre 2019, la DreW._____, du SMR, a estimé que le trouble psychotique aigu transitoire qui avait duré quarante-huit heures puis avait complètement disparu et en l'absence de cause organique mise en évidence ainsi que de la mise en place d'un traitement antipsychotique, ne constituait pas une nouvelle atteinte à la santé durablement incapacitante. Les conclusions du rapport médical SMR du 13 février 2018 restaient donc valables.

Le 3 mars 2020, l'assurée, agissant par son avocate, a réitéré ses critiques vis-à-vis du rapport d'expertise du K._____ tout en insistant sur la nécessité de la reprise de l'instruction du cas étant donné l'absence d'analyse complète sur l'existence ou non d'un trouble somatoforme douloureux.

Le 2 avril 2020, le Dr F._____ a remis à l'OAI les pièces médicales suivantes :

- un rapport du 30 mars 2020 dans lequel le Dr D._____, médecin cadre au Centre d'antalgie du CHUV, a diagnostiqué un syndrome douloureux

chronique périnéal sur probable compression du nerf pudendal gauche et a indiqué avoir effectué deux infiltrations de ce nerf sous ultrasons puis procédé à une radiofréquence pulsée du nerf à deux reprises dans le but de le moduler. L'assurée avait par ailleurs été adressée à un spécialiste pour discuter d'une décompression (neurolyse) chirurgicale. ;

- un rapport « d'investigations/interventions » du 14 avril 2020 du Dr Q._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, assisté de la psychologue G._____, du Centre d'antalgie du CHUV, retenant les diagnostics d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F33.10) et de status après deux épisodes de trouble psychotique aigu et transitoire, sans précision (F23.9). On en extrait la discussion suivante du cas de l'assurée :

“Nous avons donc évalué la patiente et nous avons posé un diagnostic d'épisode dépressif moyen en raison des éléments cliniques cités dans le status. Nous sommes confrontés à une souffrance psychique associée à des sentiments négatifs comme de la colère, d'amertume et d'injustice chez une patiente qui présente un[e] attitude défensive face à des symptômes dépressifs. Nous relevons aussi certains éléments qui sont compatibles avec un PTED (Posttraumatic Embitterment Disorder). Cet état est apparu après l'opération en 2015 qui a eu des conséquences interférant avec son travail, résultant en la perte de celui-ci et engendrant des soucis financiers importants. Elle était très investie au travail et [s]'est beaucoup identifié[e] avec son travail. Vivre avec les incertitudes au niveau financier lui est difficile. Face à une situation qui continue à se précariser (incapacité de travail, licenciement, fin perte de gain, inscription RI, rejet AI) nous avons proposé à la patiente un suivi psychologique à raison bimensuelle ce qu'elle a accepté.

De façon globale, Mme Z._____ fait preuve d'un caractère bien adapté voir hyper adapté mais confronté à cette situation, nous relevons une difficulté de redonner sens à sa vie et de s'investir dans de nouveaux projets. Notre attitude est de renforcer sa qualité de vie et d'autonomie et de retrouver de nouvelles perspectives ainsi que la gestion des douleurs, de sentiments négati[f]s (amertume, injustice, colère) et de ruminations.

Ressources : elle fait des marches régulières et est entourée par son fils et quelques amis. Au niveau thérapeutique et à part d'un réseau médical soutenant (médecin traitant, gynécologue, centre d'antalgie), elle a aussi bénéficié de l'hypnose, de la physiothérapie (piscine et sec) et de kinésiothérapie. Elle est également très soutenue par une assistante sociale du CMS [...].

Sur le plan médicamenteux, nous n'avons pas prescrit un médicament psychotrope supplémentaire. A noter qu'elle bénéficie déjà d'une prescription de Cymbalta (60 mg) et afin de favoriser le sommeil,

elle bénéficie de Valverde, Circadin et encore du Somnium en réserve.

Après une certaine phase de stabilité physique et psychique, la patiente était confrontée au plan somatique à un prolapsus avec une intervention chirurgicale en 2019. Par ailleurs, la patiente relate actuellement une augmentation des douleurs.

Sur le plan psychiatrique, la patiente a fait une première décompensation psychotique associée à des hallucinations acoustico-verbales (sous forme de voix d'hommes et de femmes) avec une courte hospitalisation à [...] en Juin 2019. En raison d'un nouvel épisode psychotique avec des hallucinations acoustico-verbales (sous forme de voix d'homme qu'elle se dit être la voix de son père qui l'insulte et lui donne des commandes) ainsi que des hallucinations cénesthésiques à caractère sexuel nous avons demandé un suivi intensif auprès du service de psychiatrie de liaison d'urgence. Une médication de Risperdal, même à faible dose a été mal tolérée, raison pour laquelle une autre molécule n'a pas été prescrite. Nous avons repris notre suivi après la fin de suivi de crise en novembre 2019.

Malheureusement, un facteur de crise n'est pas clairement identifiable. L'IRM cérébrale est dans la limite des normes et la patiente relate l'absence d'une prise de drogue ou médicament inhabituel. Le début du gymnase de son fils associé à une automatisation ainsi qu'un rapprochement avec son père, le décès de sa mère, le vécu du prolapsus avec opération et encore la péjoration des douleurs ont été des facteurs évoqués mais la patiente ne semble pas trouver un impact particulier. Effectivement, Mme Z. _____ semble peut s'interroger face à cette évolution et ne revient pas spontanément sur le vécu de ses deux épisodes psychotiques.

Pour une description plus exhaustive de ces épisodes de trouble psychotique aigu et transitoire, sans précision (F23.9) nous vous renvoyons aux rapports des collègues psychiatres d'urgences.

Jusqu'à ce jour Mme Z. _____ relate l'absence des hallucinations. Pourtant, faute d'identifications de facteurs déclencheurs spécifiques, nous relevons un risque de récurrence surtout si un nouveau facteur de stress de quelconque nature devra se produire."

Sur la base des derniers renseignements médicaux récoltés au dossier, la Dre W. _____, du SMR, a retenu que si le diagnostic d'atteinte du nerf pudendal gauche était confirmé, de possibles limitations fonctionnelles pourraient être éventuellement admises, et que si ce diagnostic était infirmé il s'agirait alors d'évaluer la pertinence d'un syndrome douloureux somatoforme qui, au regard de l'expertise (ressources encore présentes, pas de comorbidité psychiatrique majeure et nombreuses incohérences), serait vraisemblablement non incapacitant (avis médical SMR « audition » du 18 mai 2020).

Le 6 août 2020, le Dr D. _____ a répondu comme suit aux questions complémentaires de l'OAI :

“1. Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis votre dernier rapport ?

Je n'ai pas revu la patiente depuis.

Elle est suivie conjointement par notre équipe psychiatre et psychologue de même que par notre physiothérapeute.

Par téléphone le 31.07.2020, la patiente présente toujours des douleurs du nerf pudendal gauche.

L'état de santé est stable, sans amélioration notable pour l'instant.

*2. Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle ?
Depuis quand ?*

Non évaluable de ma part.

*3. Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ?
Depuis quand ?*

Non évaluable de ma part.

4. Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical ?

Position assise sur un long terme. Mouvements répétitifs et passage de assis à debout. Port de charges.

5. Quels sont les dates et les taux précis des arrêts de travail ?

Il ne me semble pas avoir donné d'arrêts de travail personnellement.

6. Quels sont les traitements en cours et la compliance à ces derniers ?

- Médicamenteux :

Demetrin 10 mg 1x/j

Cymbalta 30 mg 1-0-1

Novalgine 500 mg 3x/j

- Elle bénéficie de traitements :

Physique (physiothérapie + MTT), psychologique avec une bonne compliance.

7. Autres remarques

La patiente va être convoquée prochainement chez le Pr. J. _____ (CHUV) pour discuter d'une intervention chirurgicale sur le nerf pudendal.”

Après avoir requis le point de vue du SMR, lequel a confirmé son évaluation du 13 février 2018 (avis médical « audition » du 10 septembre 2020 de la Dre W. _____) et recueilli un avis juriste du 9 avril 2021, l'OAI a, par décision du 13 avril 2021, rejeté la demande de rente de l'assurée. Aux termes d'un courrier d'accompagnement du même jour, il a pris position sur la contestation du conseil de l'assurée envers son projet de décision du 15 février 2018 en ces termes :

“[...] Le litige porte essentiellement sur l’aspect médical du dossier.

A cet égard, nous relevons que votre mandante a fait l’objet d’une expertise pluridisciplinaire (psychiatrique, neurologique, gynécologique et de médecine interne) auprès du Centre médical expertises (K. _____).

Sur le plan de la médecine interne, des lombalgies banales sans déficit sensitif ou moteur sont retenus. Le reste du status est strictement à la limite de la norme. L’expert estime que votre mandante ne présente aucune limitation ; une capacité de travail totale dans son activité d’employée de bureau a été admise.

D’un point de vue neurologique, l’examen clinique ne permet pas d’objectiver de déficit.

Sur le plan psychique, l’expert n’a pas mis en évidence de signes ou de symptômes d’une maladie psychiatrique ou d’un trouble de la personnalité. Il est également relevé l’existence d’une expertise psychiatrique faite pour le compte de l’assurance perte de gain qui a posé un diagnostic de réaction dépressive mixte en rémission actuellement.

D’un point de vue gynécologique les douleurs signalées ne sont pas d’origine somatiques ni psychiatriques ; les experts relèvent par ailleurs plusieurs incohérences avec des divergences entre les symptômes décrits, le comportement et les constatations cliniques.

Finalement, les différents experts qui ont examiné votre mandante arrivent à la conclusion unanime qu’il n’y a pas de limitations fonctionnelles à retenir et que la capacité de travail de cette dernière est de 100% dans son activité habituelle d’employée de bureau.

En ce qui concerne, la valeur probante d’un rapport médical, ce qui est déterminant c’est que les points 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, et que la description du contexte médical et l’appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l’expert soient dûment motivées.

En l’espèce, le rapport des experts revêt une pleine valeur probante. L’examen de ces derniers prend en compte adéquatement le contexte médical, se fonde sur une anamnèse complète et a tenu compte des plaintes exprimées par l’assurée. Leurs conclusions sont en outre claires, exemptes de contradictions et motivées de sorte [que] nous n’avons dès lors pas de raison de nous en écarter.

A l’appui de votre contestation, de nouveaux rapports nous sont parvenus. Ces derniers ont été soumis à notre Service Médical régional (SMR) pour avis. Ces rapports ne font que reprendre les pathologies déjà connues et investiguées lors de l’expertise pluridisciplinaire en particulier les douleurs récurrentes au niveau

pelvien et la névralgie pudendale depuis 2015. Seul le prolapsus pelvien de 2018 constitue un élément nouveau qui ne peut toutefois constituer une maladie incapacitante de longue durée mais peut engendrer une incapacité de travail temporaire et post-opératoire de quelques semaines.

Nous avons également pris en considération le nouvel élément médical consistant en un trouble psychotique aigu et transitoire pris en charge. Ce dernier a duré 48H selon les pièces en notre possession et a complètement disparu depuis, aucune cause organique n'a été mis[e] en évidence et la mise en place d'un traitement antipsychotique n'a pas été jugé[e] utile.

Sur le plan somatique on peut constater que la plupart des intervenants retiennent une atteinte du nerf pudendal G [gauche], ce que les experts, sans le réfuter, n'estimaient pas incapacitant en particulier au regard de leur examen clinique respectif et des multiples incohérences.

Force est dès lors de constater que nous nous trouvons dans la même situation médicale que celle qui existait lors de l'expertise effectuée par le K. _____ qui concluait à une capacité de travail totale. Les douleurs restent présentes, toujours sans diagnostic formel, une évaluation plus spécifique du nerf pudendal n'a jamais été effectuée, et une éventuelle prise en charge chirurgicale de celui-ci, évoquée depuis plusieurs mois n'a toujours pas été discutée.

S'agissant d'évaluer la pertinence d'un syndrome douloureux somatoforme, il ressort qu'au regard de l'expertise et des indicateurs à prendre en compte posés par la jurisprudence, ce dernier ne saurait revêtir de caractère invalidant.

Les experts soulèvent en effet l'absence de repli social de l'assuré[e], qui tend à démontrer que les limitations alléguées ne se présentent pas de manière uniforme dans tous les domaines comparables de la vie. Votre mandante a un bon réseau d'amis et de voisins qui l'aident régulièrement, elle est parfaitement en mesure d'entretenir des contacts sociaux.

Les ressources sont encore présentes.

L'expertise gynécologique et en médecine interne ont en outre fait ressortir de nombreuses incohérences entre les déclarations et le comportement de l'expertisée.

En conclusion, vos arguments ne sont pas de nature à remettre en question le bien-fondé de notre projet de décision, lequel doit par conséquent être intégralement confirmé. Vous trouverez sous ce pli la décision formelle conforme au projet, décision contre laquelle il vous est naturellement loisible de recourir.

Le contenu du présent courrier fait partie intégrante de notre décision. [...]"

B. Par acte du 11 mai 2021, Z._____, représentée par Me Alexandre Guyaz, a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant, avec dépens, à sa réforme en ce sens qu'elle est mise au bénéfice d'«une rente d'invalidité dont le taux sera déterminé à l'issue de l'instruction complémentaire, avec effet dès l'échéance du délai d'attente minimum, avec intérêt à 5 % l'an, à compter de l'échéance d'un délai de deux ans dès le début du droit à la rente », subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. Elle fait grief à l'OAI d'avoir constaté les faits de manière incomplète, voire inexacte. Elle conteste à cet effet la valeur probante attribuée par l'office intimé au rapport d'expertise du K._____ du 9 février 2018 au motif que ce rapport ne satisfait pas aux critères de validité en matière de valeur probante d'une expertise médicale, notamment la jurisprudence relative aux troubles somatoformes douloureux, applicable également pour les dépressions légères à moyennes et les troubles psychiques en général. Elle se plaint en outre de l'instruction « pour le moins lacunaire » et lente du dossier depuis juillet 2018, qualifiant le rapport de septembre 2020 du SMR de « tout bonnement pas acceptable ! ». Elle est d'avis que l'expertise réalisée par l'OAI date de plusieurs années et sans tenir compte de l'évolution de la situation depuis lors, notamment de plusieurs traitements chirurgicaux intervenus. Dans ces conditions, elle estime que l'office intimé s'est basé à tort sur le rapport du K._____ pour statuer sur la capacité de travail, avec la précision que si celui-ci ne souhaitait pas mettre en œuvre une nouvelle expertise pluridisciplinaire il aurait à tout le moins dû interpellé les médecins traitants et ensuite les experts sur les carences de ce rapport. A titre de mesures d'instruction, outre la production du dossier en mains de l'office intimé, elle a requis la mise en œuvre par le tribunal d'une expertise médicale pluridisciplinaire (psychiatrique, rhumatologique, neurologique, gynécologique et de médecine interne).

Dans sa réponse du 22 juin 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Il observe s'être basé à bon droit sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire du K._____ de

février 2018 qui ne retient aucune atteinte à la santé invalidante. L'intimé a également produit son dossier complet.

Le 22 juillet 2021, la recourante a produit les pièces médicales suivantes :

- un rapport du 6 juillet 2021 établi à l'intention de son représentant par le DrD._____ confirmant la persistance de douleurs pelviennes sur une atteinte initiale du nerf pudendal gauche. Malgré des infiltrations sélectives de moins en moins efficaces, en raison de l'évolution de la symptomatologie avec des douleurs apparues plus diffuses autour de la zone atteinte, ce praticien fait part d'une nouvelle infiltration, effectuée par le Prof. J._____ le 30 juin 2021, qui aurait permis une diminution immédiate de 50 % des douleurs. Cette situation cause une souffrance psychologique chez la recourante, avec une consultation rapprochée par la psychologue assistante du Centre d'antalgie du CHUV, souffrance qui « entretient sans aucun doute la symptomatologie douloureuse » ;

- un rapport non daté, mais adressé le 20 juillet 2021 au représentant de l'assurée par la psychologue assistante G._____, du Centre d'antalgie du CHUV. On extrait ce qui suit de ce document :

“[...] Nous suivons cette patiente depuis 2017 de façon rapprochée et il nous paraît important de revenir sur certains éléments.

- Dans sa décision, l'OAI semblerait s'appuyer essentiellement sur l'expertise psychiatrique de K._____ datant de 2018, donc avant les manifestations des épisodes psychotiques.

- Effectivement, la patiente a fait une première décompensation psychotique associée à des hallucinations acoustico-verbales nécessitant une hospitalisation à [...] en juin 2019 (voir rapport du 19.07.2019). En raison d'un nouvel épisode psychotique avec des hallucinations acoustico-verbales ainsi que des hallucinations cénesthésiques un suivi de crise auprès du service de psychiatrie de liaison d'urgence a été mis en place (voir rapport du 20.11.2019). Nous avons ensuite repris notre suivi ambulatoire. Un troisième épisode psychotique s'est déclenché en avril 2020 de façon moins aigu que les précédents mais d'une durée plus longue nécessitant l'augmentation de la fréquence de nos séances. Afin d'appuyer notre appréciation clinique et hypothèse, nous avons demandé des examens psychologiques voir des épreuves projectives confirmant une structure psychotique sous-jacente. Nous citons ici la conclusion du rapport de ces épreuves : « *Structure psychotique avec quelques aspects épars d'allure état-limite peu organisateurs et marqués par*

l'absence d'une unité du Moi constituée ainsi que par des préoccupations relatives à l'image inconsciente du corps propre et à son intégrité.

En regard de ce fonctionnement psychique, on peut faire l'hypothèse que l'atteinte réelle au corps à la faveur de l'intervention chirurgicale est entrée en résonance avec l'angoisse de morcellement sous-jacente. »

De plus, dans le HADS (hospital anxiety and depression scale), qui fait partie du screening standard et initial de la prise en charge au centre d'Antalgie, la patiente a obtenu un score d'anxiété de 15/21 et un score de dépression de 7/21 (0-7 : normal ; 8-10 : modéré ; 11-14 : moyen ; 15-21 : sévère ; AS & Snaith RP, Acta Psychiatr Scand 1983). Nous avons repassé ces tests le 19.05.2021 avec les résultats suivants ; un score d'anxiété de 16/21 et un score de dépression de 11/21 ce qui montre que des aspects dépressifs (et anxieux) se dégradent. Cette péjoration, malgré une médication psychotrope conséquente de Cymbalta 30 mg (1-0-1) et de Demetrim 10 mg 1x/j., est très probablement liée à la persistance de ses douleurs et de l'impact d'une importante précarité psychosociale. L'évolution au niveau psychiatrique, dont les premiers signes ont commencé à se manifester graduellement après l'opération en 2015, n'est malheureusement pas favorable. Dans l'ensemble, il ne s'agit alors ni d'une décompensation psychotique isolée, ni d'affects dépressifs en rémission comme mentionné [dans] l'expertise datant de 2018. Nous tenons à soulever qu'il persiste un risque important d'une nouvelle décompensation psychotique. De plus, nous relevons la survenue récente d'idéations suicidaires. Bien que passagères, ces dernières démontrent une fragilisation aiguë de son état mental.

- Dans le rapport du SMR du 10.09.2020, il ressort que Madame Z. _____ n'est pas suivie par un psychiatre. Nous tenons alors à préciser que la patiente est suivie depuis 2017 dans un intervalle, soit à la quinzaine ou lors des moments de crises, de façon hebdomadaire. Le suivi est assuré par Mme G. _____, psychologue, qui travaille en délégation du Dr Q. _____, psychiatre du centre d'Antalgie, qui suit la situation de près. Évidemment la patiente a également été suivie par des psychiatres lors de son hospitalisation à [...] ainsi que lors de son suivi de crise assuré par le service de psychiatrie de liaison d'urgence.

- Dans le courrier du 13.04.2021 nous pouvons lire : « ... les douleurs signalées ne sont pas d'origine somatique ni psychiatrique ;... » Comme experts dans la matière des douleurs, nous ne comprenons pas cette déclaration. Il s'agit alors de quelle origine ?

- Dans sa décision, l'OAI relate l'absence des limitations fonctionnelles. En même temps, ils déclarent que les limitations ne se présentent pas de manière uniforme voir qu'il existe des incohérences au niveau comportemental. Nous avons suivi Mme depuis 4 ans et relevons qu'elle nous fait part de façon constante de ses difficultés et limitations au[x]quel[les] elle est confrontée (p. ex. port de charge, activité ménagère comme passer l'aspirateur, limitations dans les déplacements) et pour lesquelles elle a jusqu'à récemment bénéficié d'une aide au ménage assuré[e] par le CMS. Aide qui a été supprimée et qui constitue encore une perte de plus. Comme conséquence, elle dépend encore plus de l'aide de son fils qui pallie à sa mère depuis l'opération.

- Dans sa décision l'OAI relate l'absence de repli social et souligne que des ressources sont encore présentes. Nous avons déjà indiqué dans notre rapport que Madame Z._____ présente une tendance à l'isolement et ceci en lien avec sa situation algique (p. ex. n'accompagne plus son fils à des matchs si les déplacements dépassent ses limites, a souvent renoncé à des repas ou d'autres activités avec des amies car elle ne se sent pas à l'aise de devoir changer fréquemment sa position et qu'elle ne peut pas rester assise longtemps). Pour nous, limiter le repli social et l'activation des ressources constituent des objectifs thérapeutiques importants qui visent la réduction des affects dépressives. Le fait que Madame Z._____ a pu préserver certains contacts sociaux ainsi que certaines ressources, fait preuve de sa lutte mais nie toutefois pas qu'elle a dû faire face à un impact social et psychologique réel. En vue des difficultés de nature somatique constatés par nos collègues somaticiens et en plus de ses difficultés au niveau psychiatrique, nous jugeons que Madame Z._____ est inapte à travailler à 100%."

Dans ses déterminations du 6 septembre 2021, produisant un avis du 31 août précédant de la Dre W._____, du SMR, auquel il se rallie, l'OAI a derechef conclu au rejet du recours et au maintien de la décision querellée. L'avis médical SMR versé en cause se termine comme suit :

"Discussion :

Sur le plan somatique nous n'avons pas de modification claire, une atteinte du Nerf Pudendal G reste plausible (pour rappel non réfutée par les experts), même si la variation de l'efficacité des infiltrations nous surprend (alors que l'efficacité des infiltrations s'amenuisait en raison des douleurs plus diffuses après probable sensibilisation périphérique, la dernière infiltration du 30.06.2021 est à nouveau assez efficace). Vu le temps écoulé on s'étonne que la neurolyse n'[ai]t pas encore été réalisée, agendée.

Sur le plan psychiatrique un 3^{ème} épisode psychotique aurait eu lieu en avril 2020 (le RM [rapport médical] du Dr Q._____, psychiatre du 14.04.2020 ne le mentionne pas), mais non décrit (pas de diagnostic formel) et n'imposant pas de traitement antipsychotique, et une aggravation dépressive est retenue depuis 2021 sur la base des échelles psychométriques mais sans étayage clinique. Sur le plan médical ce rapport psychologique ne permet pas de poser un diagnostic, il n'étaye pas les éventuelles atteintes.

Conclusion :

En l'état nous n'avons pas d'argument médical nouveau étayé propre à valider une nouvelle atteinte ou une modification des conclusions précédentes. Néanmoins, selon nous, une éventuelle modification sur le plan psychiatrique postérieure à l'expertise du 12.02.2018 (trouble dépressif formel ou non, diagnostic justifiant une éventuelle symptomatologie psychotique) devrait être étayée

par rapport médical, une atteinte formelle dans ce cadre pouvant justifier une éventuelle IT [incapacité de travail], et modifier l'analyse des ressources.”

Aux termes de ses déterminations du 15 octobre 2021, la recourante a persisté dans ses précédentes conclusions, estimant avoir « amené des indices crédibles d'une péjoration de son état de santé » et qu'il incombe à l'OAI de « procéder à un examen approfondi, sous peine de violer son devoir d'instruction ». Elle a en outre produit un courriel du 7 octobre précédent envoyé à son avocat par le Dr Q._____ et la psychologue assistante G._____, lesquels se sont exprimés comme suit sur le contenu de l'avis médical SMR du 31 août 2021 :

- “1. Concernant la première remarque du SMR, le troisième épisode psychotique s'est déclenché en fin avril/début mai 2020 et donc avec une temporalité postérieure à la rédaction du rapport du 14 avril 2020. Il faut déjà rappeler qu'il y a eu deux épisodes psychotiques auparavant et que le pronostic est moins bon en lien avec l'augmentation des rechutes. A noter que toutes les décompensations psychotiques sont postérieures à l'expertise de 2018 ce qui de soi rend déjà cette expertise lacunaire et insuffisante ne tenant pas compte de la péjoration ni de l'évolution de l'état psychique de la patiente.
2. L'étayage du trouble dépressif est bien argumenté dans le rapport d'avril 2020. L'échelle HA[D]S citée dans la lettre à l'avocat va s'ajouter à l'assestement du 2020 démontrant que il y a une aggravation objectivée par l'échelle, aggravation témoignée entre autres par l'exacerbation d'une idéation suicidaire. Il faut donc savoir lire les rapports dans un continuum et pas comme des éléments isolés et clivés.
3. Concernant la médication du troisième épisode psychotique, il faut savoir que la patiente a refusé le traitement neuroleptique car mal supporté dans le passé.”

Dans son écriture du 11 novembre 2021, l'OAI a maintenu qu'en l'état du dossier il n'y a pas d'éléments suffisants pour retenir une aggravation de l'état de santé postérieure à l'expertise du K._____ de février 2018, susceptible d'influencer la capacité de travail de la recourante de manière significative. En annexe à son écriture, l'intimé a joint un ultime avis médical du 9 novembre 2021, signé par la Dre W._____, du SMR, rédigé en ces termes :

“[...] Discussion :

Nous n'avons pas de nouveau RM [rapport médical] mais un e-mail adressé à l'avocat en réponse au dernier avis SMR du 31.08.202[1] qui pour rappel proposait d'étayer les dires de la psychologue traitante par un RM détaillé. Cet e-mail rapporte que le RM du 14.04.2020 étayait le trouble dépressif, ce qui n'a pas pourtant pas été validé par le SMR (voir avis du 18.05.2020 concluant à l'absence d'éléments médicaux suffisants pour valider une aggravation). Concernant les épisodes psychotiques il n'est toujours pas établi de diagnostic clair, par contre un traitement a été proposé mais refusé par l'assurée.

Conclusion :

Il n'est pas possible de confirmer une aggravation notable sur le plan psychiatrique depuis l'expertise, néanmoins il y a plusieurs indices témoignant d'une modification depuis celle-ci, comme les épisodes psychotiques récurrents (ne pouvant à eux seuls justifier une modification de la CT [capacité de travail]) et un état dépressif fluctuant (depuis ? dégradation en 2021 ?), le tout pouvant amenuiser les ressources pour faire face à ses douleurs. Afin de l'objectiver, une nouvelle expertise pourrait être demandée."

Dans d'ultimes déterminations du 24 novembre 2021, persistant dans ses précédentes conclusions, la recourante a insisté sur la nécessité de mettre en œuvre une nouvelle expertise, à tout le moins sur le plan psychiatrique, ceci à la lecture des conclusions du dernier avis médical SMR versé en cause.

Le 31 janvier 2022, la recourante a produit deux rapports de sortie du Service des Urgences du CHUV consécutifs à des séjours hospitaliers du 18 au 19 décembre 2021 et 29 décembre 2021 en raison de ses cervicalgies, dorsalgies et lombalgies. Elle est d'avis que ces documents attestent une aggravation de ses douleurs chroniques sacrées et qu'une nouvelle expertise s'impose.

En droit :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné

(art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité à la suite de la demande de prestations déposée le 11 novembre 2015.

b) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 13 avril 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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 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 l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) 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 (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

c) Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

d) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, 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 mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements

fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

e) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse 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. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions 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 ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

Lorsque l'intéressé souffre de plusieurs atteintes à la santé, celles-ci exercent généralement des effets conjoints sur la capacité de travail. C'est pourquoi, dans une telle situation, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une évaluation médicale globale portant sur toutes les atteintes ; une simple addition des degrés d'incapacité de travail résultant de chaque atteinte considérée individuellement n'est pas admissible (TF 8C_548/2013 du 2 octobre 2013 consid. 5.2.2 ; 8C_518/2007 du 7 décembre 2007 consid. 3.2 et les références citées).

4. a) En l'espèce, l'intimé a fondé la décision litigieuse sur les avis des Drs W. _____ et I. _____ du SMR, lesquels se sont basés sur les constatations et conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 9 février 2018. L'office intimé a ainsi retenu que, malgré le fait que le médecin généraliste atteste d'une incapacité de travail, les atteintes à la santé de la recourante ne justifiaient pas une incapacité de travail durable susceptible d'ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité, en l'absence également de limitations fonctionnelles.

La recourante conteste disposer d'une capacité de travail telle que prise en compte par l'intimé dans sa décision. Elle fait valoir, pour sa part, que les rapports médicaux de ses médecins traitants valent contre-expertise, à tout le moins sur le volet psychiatrique, justifiant désormais l'octroi en sa faveur de prestations, soit une rente d'invalidité dont le taux doit encore être déterminé à l'issue de l'instruction complémentaire du cas, prestation devant prendre effet à l'échéance du délai d'attente minimum avec intérêt à 5 % l'an en sus à compter de l'échéance d'un délai de deux ans dès le début du droit à la prestation.

b) Dans leur rapport d'expertise pluridisciplinaire du 9 février 2018, les experts du K. _____ SA ont diagnostiqué, sans incidence sur la capacité de travail, un trouble de l'adaptation avec prédominance d'une perturbation d'autres émotions (F43.23). Ils ont unanimement estimé que la capacité de travail de l'assurée était entière dans toute activité depuis la dernière intervention chirurgicale au mois de juillet (recte : juin) 2015.

aa) Sur le plan somatique, le diagnostic de syndrome d'Alcock a été pour la première fois évoqué par l'expert L. _____ (cf. rapport d'expertise gynécologique du 12 juin 2016, p. 7) qui l'a retenu comme diagnostic principal estimant qu'il entraînait une incapacité de travail totale, mais qu'une reprise partielle était envisageable (cf. rapport d'expertise gynécologique du 12 juin 2016, p. 6). Or, après avoir repris le travail à 25 % du 9 mai au 30 août 2016, l'assurée a présenté une incapacité de travail complète dès le 31 août 2016.

Dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire, le Prof. V._____ n'a nullement discuté de ce diagnostic, se limitant à relever deux incohérences et à écarter tout diagnostic chez l'expertisée qui avait montré peu de symptômes lors de l'examen gynécologique interne par sonde, ce qui relativisait selon lui l'intensité de ses douleurs. L'intéressée ne prenait, du reste, aucun antalgique (cf. rapport d'expertise pluridisciplinaire du 9 février 2018, pp. 21 et 22). L'expert E._____ n'a quant à lui, décelé aucune lésion neurogène de type central ou périphérique, tout en admettant qu'il n'était pas en mesure de pratiquer un examen électroneurographique. Or, le 20 juin 2018, une infiltration dans le canal d'Alcock est réalisée avec succès, l'intensité des douleurs passant de 7/10 à 2/10 selon l'échelle visuelle analogique ([échelle EVA] cf. attestation médicale du 13 juillet 2018 du Dr F._____ ; rapport du 25 septembre 2018 de la Prof. T._____ et la Dre E._____). L'assurée a par la suite présenté un prolapsus pelvien intensifiant les douleurs depuis 2018 (cf. rapport du 8 novembre 2018 du Dr M._____ ; rapport du 8 février 2019 de la Dre E._____), affection qui a été opérée le 19 mars 2019 (cf. protocole opératoire du 1^{er} avril 2019 du Dr O._____).

Le Dr F._____ a estimé que le bon résultat de l'infiltration réalisée le 20 juin 2018 confirmait que l'assurée souffrait d'un syndrome d'Alcock (cf. attestation médicale du 13 juillet 2018). Retenant un syndrome pelvien chronique potentiellement sur névralgie du pudendal ainsi que des antécédents d'hystérectomie le 15 juin 2015 et une allergie aux opioïdes, les médecins du Centre de Neuro-urologie de l'Hôpital [...] du CHUV ont retenu, pour leur part, que le succès de la première infiltration du canal d'Alcock constitue un « argument positif pour une névralgie du pudendal » (cf. rapport du 25 septembre 2018 de la Prof. T._____ et la Dre E._____) évaluant la capacité de travail de l'assurée comme étant nulle dans l'activité habituelle de « travail de bureau en position assise et longs trajets » depuis le mois de juin 2015 (cf. rapport du 8 février 2019 de la Dre E._____). De son côté, le SMR semble écarter le diagnostic en raison de la persistance des douleurs malgré les infiltrations postérieures effectuées par les médecins au Centre d'analgie

du CHUV (cf. avis médical du 20 juin 2019 et avis médical « audition » du 10 septembre 2020 de la Dre W._____).

Au vu des éléments précités, on ne saurait d'emblée écarter le diagnostic de syndrome d'Alcock, faute pour l'expert neurologue du K._____ SA de disposer d'une formation et d'un appareillage spécial. Or, le Dr D._____ a indiqué, dans un rapport du 6 juillet 2021, que le Prof. J._____ avait procédé à une infiltration sélective du nerf pudendal gauche le 30 juin 2021 avec une baisse de 50 % des douleurs. Cet élément viendrait confirmer le diagnostic d'atteinte du nerf pudendal à gauche.

bb) Sur le plan psychiatrique, la dernière évaluation a été réalisée dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire du K._____ SA le 7 décembre 2017 par le Dr N._____. La recourante a toutefois présenté une péjoration de l'état de santé avec deux épisodes d'hallucinations acoustico-verbales en juin 2019 ainsi que des hallucinations cénesthésiques à caractère sexuel en novembre 2019. Compte tenu de l'absence d'identification de facteurs déclencheurs de crises spécifiques, un risque de récurrence, surtout si un nouveau facteur de stress de quelconque nature devrait se produire, n'est pas écarté (rapport du 19 juillet 2019 des médecins du Service de psychiatrie générale du CHUV, site de [...]; rapport du 14 avril 2020 du Dr Q._____ assisté de la psychologue G._____), ce qui est confirmé dans un rapport ultérieur puisqu'un troisième épisode psychotique a eu lieu en fin avril/début mai 2020, soit antérieurement à la décision attaquée, et de façon moins aiguë que les deux précédents mais d'une durée plus longue nécessitant une augmentation de la fréquence du suivi instauré depuis 2017 auprès du psychiatre au Centre d'antalgie du CHUV (rapport non daté, mais adressé le 20 juillet 2021 au représentant de la recourante par la psychologue G._____ ; rapport du 7 octobre 2021 du Dr Q._____ assisté de la psychologue G._____). A ce jour, les praticiens précités ne se sont toutefois pas prononcés sur la capacité de travail de leur patiente. On observe ainsi que l'évolution au niveau psychiatrique contredit l'existence d'une décompensation psychotique isolée après l'opération de l'été 2015 ainsi que d'affects dépressifs en rémission tels que mentionnés par

l'expert psychiatre au début 2018. Dans son dernier avis du 9 novembre 2021, le SMR, par la voix de la Dre W._____, estime ne pas être en mesure de confirmer une aggravation notable sur le plan psychiatrique depuis l'expertise, mais concède néanmoins qu'il y a plusieurs indices témoignant d'une modification depuis lors et susceptible d'amenuiser les ressources de la recourante face à ses douleurs. Le SMR conclut que pour objectiver cet état de fait une nouvelle expertise pourrait être demandée. A la lecture des dernières pièces versées en cause, le service médical de l'office intimé n'est donc pas opposé à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise médicale du cas de la recourante, à tout le moins sur le plan psychiatrique. Pour être complet, on constate par ailleurs que, dans l'avis médical SMR du 10 septembre 2020, la Dre W._____ a écrit en particulier que l'assurée « n'est pas suivie par un psychiatre ». Or, cette dernière est en réalité suivie depuis 2017 dans un intervalle, soit à la quinzaine ou lors de moments de crises, de façon hebdomadaire, par la psychologue G._____, qui travaille en délégation du Dr Q._____, psychiatre au Centre d'antalgie du CHUV. La recourante a également été prise en charge par d'autres psychiatres durant son hospitalisation volontaire du 24 au 27 juin 2019 au sein du Service de psychiatrie générale du CHUV, site de [...], ainsi que lors de son suivi de crise assuré par le Service de psychiatrie de liaison (PLI) du CHUV en novembre 2019 (cf. rapport non daté, mais adressé le 20 juillet 2021 au représentant de la recourante par la psychologue assistante G._____ du Centre d'antalgie du CHUV, p. 2). Le point de vue du SMR n'est donc pas convaincant compte tenu de son caractère erroné.

c) Au vu de ce qui précède, il convient de nier toute valeur probante au rapport d'expertise pluridisciplinaire du K._____ SA du 9 février 2018, laquelle a été effectuée plus de trois ans avant la décision litigieuse du 13 avril 2021 et n'est donc plus d'actualité. L'évolution de l'état de santé de la recourante tant sur le plan somatique que psychiatrique n'a pas été discutée par les experts alors qu'un nombre important de rapports médicaux ont été produits dans le cadre de la procédure administrative. A cela s'ajoute que le rapport d'expertise est très succinct, et ne s'avère pas convaincant car les éléments retenus par

les experts sont à de très nombreuses reprises contestés par la recourante, respectivement ses médecins traitants, sans que les experts n'aient été sollicités pour en discuter et se déterminer. La Cour de céans ne saurait dès lors se fonder sur la seule appréciation des experts du K._____ SA pour admettre une pleine capacité de travail et l'absence de limitation fonctionnelle.

5. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

b) Lorsque le juge des assurances sociales examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, *in* SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2ème éd., n° 12 et 17 *ad* art. 43 LPGGA).

Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe justifié lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou

lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

c) Compte tenu de tout ce qui précède, non seulement il existe des éléments permettant de remettre en cause les conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 9 février 2018 de K. _____ SA, mais encore les éléments recueillis sont insuffisants pour se prononcer à l'aune de la jurisprudence. Les faits pertinents n'ont ainsi pas été constatés de manière complète. L'état de santé de la recourante et les conséquences de son état de santé depuis le mois de juin 2015 sur sa capacité de travail (et de gain) n'ont pas pu être établis de manière probante. L'instruction menée par l'intimé est lacunaire - ce dont l'autorité devait se rendre compte au moment où il a statué - et ne permet donc pas de se prononcer en connaissance de cause. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité, dès lors que c'est à elle qu'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), cette solution apparaissant comme la plus opportune. Aussi, il incombera à l'intimé de compléter l'instruction médicale en mettant en œuvre une nouvelle expertise (à tout le moins psychiatrique et neurologique) conformément à l'art. 44 LPGA dont le volet psychiatrique devra satisfaire en particulier aux standards requis par la jurisprudence en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles psychiques, avant de statuer sur le droit aux prestations. L'OAI veillera ainsi à ce que la nouvelle expertise soit complète et, en cas de besoin, devra requérir les compléments nécessaires avant de rendre une nouvelle décision.

6. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI afin qu'il en complète

l'instruction dans le sens des considérants puis rende une nouvelle décision.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, vu l'issue du litige.

c) La recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de l'intimé.

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

prononce :

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 13 avril 2021 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 au sens des considérants puis nouvelle décision.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six 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._____ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Alexandre Guyaz (pour Z. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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 :