

VD_FINDINFO AI 280/22 - 343/2023 vom 11. Dezember 2023

VD Tribunal cantonal, 2023-12-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_280_22_-_343_2023

FR: VD_FINDINFO AI 280/22 - 343/2023 du 11 décembre 2023

IT: VD_FINDINFO AI 280/22 - 343/2023 del 11 dicembre 2023

Regeste

DROIT D'ÊTRE ENTENDU, SUREXPERTISE, REJET DE LA DEMANDE,
PRÉAVIS{ASSURANCE SOCIALE} | 29 Cst., 57a LAI

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales AI 280/22 - 343/2023

DROIT D'ÊTRE ENTENDU, SUREXPERTISE, REJET DE LA DEMANDE,
PRÉAVIS{ASSURANCE SOCIALE} | 29 Cst., 57a LAI

TRIBUNAL CANTONAL AI 280/22 - 343/2023 ZD22.042844 COUR DES
ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt

du 11 décembre 2023 _____ Composition : Mme Brélaz Braillard ,
présidente Mme Di Ferro Demierre et M. Piguet, juges Greffier : M. Germond
***** Cause pendante entre : F. _____ , à [...], recourante, représentée par Me
Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de
Vaud , à Vevey, intimé. _____ Art. 29 Cst. ; 57a LAI E n f a i t : A. a)
F. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], a travaillé jusqu'en janvier
2012 comme infirmière dans le cadre de missions temporaires pour le compte de la société
A. _____ Sàrl. En incapacité totale de travail depuis le 3 février 2012, elle a
déposé une première demande de prestations AI pour adulte (mesures professionnelles et/ou
rente) le 26 juillet 2012 en raison d'un cancer du sein. Par décision du 17 mars 2016,
l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a
octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité pour la période du 1 er février au 31
octobre 2013, au motif qu'une pleine capacité de travail était reconnue dès le 1 er août 2013
dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles (éviter le port de charges
importantes et répétitives). Cette décision n'a pas été contestée. b) En incapacité de travail
totale depuis le 11 avril 2016, F. _____ a déposé une nouvelle demande de prestations
AI pour adulte le 8 novembre 2018. Cette démarche était motivée par un « trouble dépressif
récurrent sévère avec grave répercussion sur le flux de la pensée et les capacités
attentionnelles et de concentration » et par une « réactivation d'un syndrome
post-traumatique » existant depuis 2012. Dans le cadre de l'instruction de cette nouvelle
demande, l'OAI a recueilli des renseignements auprès des médecins consultés par l'assurée
(rapport du 31 décembre 2018 du Dr J. _____, spécialiste en rhumatologie ; rapport du 9
juillet 2019 de la Dre P. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie avec en
annexe des rapports d'évaluation neuropsychologique et logopédique ainsi qu'en
psycho-traumatologie des 13 avril 2017 et 3 juin 2019 du Centre de psychiatrie et
psychothérapie Les G. _____ ; rapport du 14 octobre 2019 du Dr T. _____,
spécialiste en médecine physique et réadaptation ; rapport du 7 janvier 2020 de la Clinique
bernoise [...]). Le 20 janvier 2021, Me Jean-Michel Duc a déposé une demande de révision

de la décision du 17 mars 2016 entrée en force dans l'intervalle, au motif que l'assurée présentait une « invalidité entière » depuis le traitement de chimiothérapie de 2012, ce qui justifiait de lui octroyer une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} février 2013. Après avoir requis le point de vue du Service médical régional de l'assurance-invalidité ([SMR] ; avis médical du 25 janvier 2021), l'OAI a poursuivi l'instruction du cas en recueillant des renseignements complémentaires auprès des médecins consultés par l'assurée (rapports des 4 juin et 8 juillet 2020 du Dr W._____, spécialiste en neurologie ; rapports des 30 janvier 2020 et 25 février 2020 ainsi que notes du 7 septembre 2020 du Prof. V._____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique ; rapport du 3 février 2021 de la Dre C._____, spécialiste en gynécologie et obstétrique ; rapport du 10 février 2021 du Dr B._____, spécialiste en médecine interne ; rapport du 22 mars 2021 du Centre de psychiatrie et psychothérapie Les G._____; rapport du 29 avril 2021 du Dr M._____, spécialiste en médecine interne et en oncologie). Dans un avis médical du 11 mai 2021, la Dre Q._____ du SMR a dressé le bilan suivant sur la base des renseignements médicaux complémentaires récoltés au dossier : “ Appréciation Au final, l'assurée se plaint de douleurs chroniques et de plaintes cognitive[s], avec une dimension possiblement somatoforme et participation d'un tableau psychiatrique. Comme déjà expliqué dans notre précédent avis, les critères pour un ESPT [état de stress post-traumatique] nous semblent difficilement remplis. L'assurée paraît principalement bloquée sur un sentiment de préjudice et de revendication de son statut de victime. La situation est non évolutive ce d'autant qu'une procédure judiciaire à l'encontre de la chirurgienne semble toujours en cours. Sur le plan somatique, les différents médecins ayant examiné l'assurée n'apportent toutefois pas d'éléments objectifs en faveur d'une atteinte documentée neurologique ou rhumatologique permettant d'expliquer l'intégralité des plaintes. Sur le plan neuropsychologique, le bilan de 2020 est plutôt rassurant et suggère un défaut de participation et donc des possibles éléments de majoration. Dans ce contexte, et alors que le psychiatre s'oppose à toute reprise professionnelle, il ne nous est pas possible de nous rallier à l'avis des médecins traitants. Il convient de déterminer si l'état de santé s'est notablement et durablement aggravé depuis la décision du 17.03.2016. Le cas échéant, il faut préciser l'atteinte les LF [limitations fonctionnelles], la CT [capacité de travail] résiduelle après analyse des éléments jurisprudentiels et exclusion de facteurs étrangers non médicaux, et examiner les mesures thérapeutiques exigibles. Pour ce faire, nous proposons de mettre en place une Expertise pluridisciplinaire via la plateforme med@p Avec volets de MI, rhumatologie et psychiatrie En parallèle, nous remercions le gestionnaire de bien vouloir compléter le dossier à l'attention des experts en se procurant encore les pièces suivantes : - Résumé d'hospitalisation à la clinique bernoise de [...] (décembre 2019) - Dernier rapport de consultation en chirurgie plastique au CHUV de mars 2021 - Rapport d'évaluation du Dr Z._____ ([...]) - Rapport d'ENMG et consultation par le Dr R._____ ([...]) ” Par courrier du 17 mai 2021 adressé au conseil de l'assurée, l'OAI a informé qu'afin de clarifier le droit aux prestations il estimait nécessaire la mise en œuvre d'un examen approfondi (médecine interne générale, rhumatologie et psychiatrie) dont le choix s'effectuait de manière aléatoire. En annexe, il lui était remis les questions aux experts, avec la précision qu'elle avait également la possibilité d'adresser à l'OAI les questions complémentaires qu'elle souhaiterait poser. Le 10 juin 2021, Me Duc a remis à l'OAI la question complémentaire que l'assurée souhaitait poser aux experts, à savoir : “ 1. Partagez-vous les conclusions des Drs [...] et [...], spécialistes FMH en psychiatrie et psychothérapie et de Mmes [...] et [...], psychologues FSP, selon lesquelles Mme

F. _____ souffre d'un état de stress post-traumatique chronique (CIM 10, F43.1) à la suite de l'anamnèse médicale de notre mandante, en particulier de l'annonce de diagnostic de cancer du sein, le traitement qui s'en est suivi et l'erreur médicale crasse dont elle a été victime ? a. Si oui, quel est son impact sur la capacité de travail et la vie quotidienne de Mme F. _____ ? b. Si non, pourriez-vous expliquer pourquoi ? ” Par lettre du 16 juin 2021, l'OAI a accusé réception de la correspondance précitée en indiquant à Me Duc que dite question serait transmise aux experts. Dans le cadre de l'instruction d'une demande d'allocation pour impotent déposée le 28 septembre 2021 par le conseil de l'assurée, l'OAI a recueilli un rapport du 11 octobre 2021 du Dr B. _____. Les experts du H. _____ SA à [...] mandatés (Drs K. _____, médecin praticien, E. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, et S. _____, spécialiste en rhumatologie) ont rendu un rapport d'expertise pluridisciplinaire daté du 21 février 2022. Dans leur appréciation générale interdisciplinaire, ils ont posé les diagnostics de carcinome canalaire invasif du QII du sein gauche et d'allergie au formol, avec un œdème de Quincke en 2003 ayant une incidence sur la capacité de travail. Les experts ont diagnostiqué des troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2), des douleurs cervico-dorsales probablement liées à une insuffisance musculaire, des légers pieds creux, un status post carence martiale, traitée, une hypothyroïdie depuis 2012, traitée, une constipation chronique, une presbytie depuis 2020, corrigée, une inappétence, sans substrat somatique, ni risque de dénutrition actuel, un déconditionnement cardio-musculaire global aux efforts intenses et prolongés, des crampes musculaires thoraco-abdominales, depuis 2012, une odynophagie, d'étiologie indéterminée, connue depuis 2020 et une surcharge pondérale, IMC [indice de masse corporelle] actuel à 27,55 kg/m² sans incidence sur la capacité de travail. Ils ont conclu à une incapacité de travail totale de l'assurée depuis le 3 février 2012 dans toute activité, de même une capacité de travail de 40 % du 16 au 31 juillet 2013, puis de 85 % (08h25 de présence avec une baisse de rendement de 15 %) depuis le 1^{er} août 2013 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. En raison d'une symétrisation et correction mammaire, correction de la cicatrice et convalescence, la capacité de travail de l'assurée était nulle du 23 avril au 20 mai 2014. Elle était aussi nulle du 16 janvier au 9 février 2020 en raison d'une nouvelle hospitalisation et convalescence. Les restrictions fonctionnelles retenues étaient les suivantes : exercer une activité variant les positions « assise-debout », sur ordinateur puis sur d'autres types de tâches et en pratiquant une pause en milieu de matinée et une pause en milieu d'après-midi de trente à quarante-cinq minutes en raison des douleurs neuropathiques chroniques après la reconstruction mammaire ; éviter l'exposition au chaud ou au froid ; proscrire le port de charges lourdes au-dessus de cinq kilos, de manière occasionnelle, et au-dessus de trois kilos de manière répétitive et intensive ; éviter les tâches répétitives sollicitant le membre supérieur surtout au-dessus de l'horizontal des mamelons ; proscrire les vibrations intenses et répétées, les travaux impliquant la pince entre la cage thoracique et le bras gauche, les mouvements répétitifs et soutenus du membre supérieur gauche ainsi que le port de sac en bandoulière ou à dos ; éviter tout contact au formol au poste de travail. Dans un avis du 29 mars 2022, la Dre Q. _____ du SMR a suivi les conclusions des experts. Par courrier du 20 mai 2022, Me Duc a demandé à l'OAI une nouvelle copie du dossier AI. Le 3 juin 2022, l'OAI a enregistré au dossier un rapport d'enquête du même jour établi dans le cadre de l'instruction de la demande d'allocation pour impotent du 28 septembre 2021. Par projet de décision du 23 juin 2022, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de rejeter sa nouvelle demande de prestations. L'OAI fondait son préavis négatif sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire rendu par le

H. _____ le 21 février 2022. Dans ses observations du 7 juillet 2022, l'assurée, par l'intermédiaire de son avocat, a fait grief à l'OAI de s'être fondé sur un rapport d'expertise établi par un centre dont l'impartialité était douteuse qui rendait systématiquement des rapports « très orientés assureurs » défavorables aux assurés, lui reprochant d'être une « usine à expertise » et un « centre de profit ». Elle a critiqué le travail de l'expert psychiatre (le Dr E. _____) qualifiant son appréciation d'arbitraire, faite à l'emporte-pièce. Elle informait que, pour contrer les affirmations « fallacieuses » des médecins du H. _____, elle entendait soumettre le rapport d'expertise à des spécialistes en psychiatrie et en neurologie, y compris en neuropsychologie. Elle demandait à l'OAI de lui accorder un délai à fin septembre 2022 pour compléter ses observations et produire des contre-expertises et d'autres rapports médicaux. Dans le délai accordé par l'OAI au 31 août 2022, Me Duc a demandé une seconde prolongation de délai au 30 septembre 2022. Il a expliqué que la première prolongation n'avait pas suffi pour obtenir de nouveaux rapports médicaux et mettre en œuvre une contre-expertise en matière psychiatrique, compte tenu en particulier de la charge de travail des médecins et de la période de vacances d'été. L'OAI a accordé à l'assurée une ultime prolongation au 7 octobre 2022 par courrier du 5 septembre 2022, en indiquant qu'en l'absence de nouveaux éléments, il prendrait position sur la base des éléments à sa disposition. Le 7 octobre 2022, l'assurée a requis que le délai soit prolongé au 30 novembre 2022 pour produire les contre-expertises annoncées. Le 10 octobre 2022, l'OAI a rendu une décision de refus de mesures professionnelles ou de rente d'invalidité. Il relevait que lors de la précédente demande, une rente d'invalidité de durée limitée dans le temps avait été octroyée. Dès le 1^{er} août 2013, la capacité de travail de l'assurée était totale dans une activité d'infirmière dans la recherche, de liaison ou de tri, formatrice ou auprès des RH. A la suite de la nouvelle demande de prestations déposée le 8 novembre 2018, l'OAI n'avait constaté aucune aggravation durable de l'état de santé depuis la dernière décision AI. Il confirmait dès lors la dernière décision. B. Par acte du 24 octobre 2022, F. _____, représentée par Me Duc, a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle invoquait la violation de son droit d'être entendue en ce sens que l'OAI ne lui ayant accordé que deux prolongations entre le 7 juillet 2022 et le 7 octobre 2022, elle n'avait pas été en mesure de mettre en œuvre une expertise à titre privé qu'elle avait pourtant annoncée. Elle reprochait à l'OAI de l'avoir privée de faire valoir ses droits. Se prévalant de son droit à la garantie de la double instance, elle concluait à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle instruction et décision. Dans sa réponse du 21 novembre 2022, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il a maintenu le constat de l'absence d'une quelconque aggravation de l'état de santé de la recourante depuis la dernière décision d'octroi de rente d'invalidité limitée dans le temps. Il a ajouté que l'intéressée n'avait de surcroît apporté aucun élément contraire aux conclusions des experts H. _____. Le 14 décembre 2022, persistant dans ses précédentes conclusions, la recourante a fait valoir que l'OAI ne se prononçait pas du tout sur le grief soulevé, se contentant de prendre position sur le fond du dossier en maintenant le bien-fondé des conclusions des experts. Le 22 décembre 2022, confirmant sa position, l'OAI a estimé avoir accordé à la recourante suffisamment de temps pour transmettre des pièces médicales de nature à remettre en cause la décision attaquée. Cette dernière ne l'ayant pas fait elle était dès lors malvenue de s'en plaindre. Le 10 janvier 2023, la recourante s'est encore déterminée en persistant dans son argumentation. Par ordonnance du 9 octobre 2023, la juge instructrice a requis de la recourante qu'elle produise les éventuels rapports d'expertise

effectuée à titre privé annoncés dans le courrier du 7 octobre 2022 à l'intention de l'OAI et lui a donné la possibilité de transmettre ses déterminations complémentaires dans un délai fixé au 30 octobre 2023. Le 13 octobre 2023, le conseil de la recourante a indiqué que la mission d'expertise privée du Dr O. _____, psychiatre à [...], était en cours. Il a rappelé que son recours portait sur la violation du droit d'être entendu de sa mandante, réitérant ses griefs en ce sens que la manière de procéder de l'OAI avait privé l'assurée de son droit à la garantie de la double instance faisant valoir la garantie de l'art. 6 CEDH (Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 ; RS 0.101) d'exercer un recours effectif. E n d r o i t : 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. Comme l'a répété Me Duc dans ses déterminations du 13 octobre 2023, le litige porte essentiellement sur un grief de nature formelle, à savoir la violation du droit constitutionnel de la recourante d'être entendue. En effet, cette dernière reproche à l'OAI de ne pas lui avoir laissé le temps nécessaire à la mise en œuvre d'une expertise à titre privé. 3. a) Compris comme l'un des aspects de la notion générale de procès équitable au sens de l'art. 29 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), le droit d'être entendu garantit notamment à chacun le droit de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, d'avoir accès au dossier, de prendre connaissance de toute argumentation présentée à l'autorité et de se déterminer à son propos, dans la mesure où il l'estime nécessaire, que celle-ci contienne ou non de nouveaux éléments de fait ou de droit, et qu'elle soit ou non concrètement susceptible d'influer sur le jugement à rendre (ATF 142 III 48 consid. 4.1.1 ; 139 I 189 consid. 3.2 et références citées). b) Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. Selon la jurisprudence, toutefois, la violation du droit d'être entendu est réparée – à titre exceptionnel et pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière – lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa ; TF 8C _1001/2008 du 31 juillet 2009 consid. 2.2 et références citées). 4. a) A teneur de l'art. 57a al. 1 LAI, au moyen d'un préavis, l'office AI communique à l'assuré toute décision finale qu'il entend prendre au sujet d'une demande de prestations, ou au sujet de la suppression ou de la réduction d'une prestation déjà allouée ainsi que toute décision qu'il entend prendre au sujet d'une suspension à titre provisionnel des prestations. Selon l'alinéa 3 de cette disposition (en vigueur depuis le 1 er janvier 2021 à la suite de la modification de la LPGA ; RO 2020 5144), les parties peuvent faire part de leurs observations concernant le préavis dans un délai de trente jours. b) Le message du Conseil fédéral du 2 mars 2018 concernant la modification de la loi fédérale sur la partie générale des assurances sociales (FF 2018 1597) rappelle que les mesures de simplification de la procédure de l'assurance-invalidité, entrées en vigueur le 1 er juillet 2006 ont réintroduit le préavis dans l'AI. Le délai de trente jours

accordé pour le contester a été réglé dans ce cadre à l'art. 73 ter, al. 1, RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201). Selon l'ATF 143 V 71, le délai fixé au niveau de l'ordonnance pouvait être prolongé. Il ressortait cependant clairement des travaux préparatoires que telle n'était pas la volonté du législateur. Il importait donc d'inscrire dans la loi, à l'occasion de la révision de la LPGA, que ce délai de trente jours ne pouvait être prolongé. Le Conseil fédéral a retenu que, d'une part, le préavis avait été mis en place dans le contexte de la simplification de la procédure. Or, si ce délai restait réglementé dans le RAI et que le Tribunal fédéral estimait finalement qu'il s'agissait d'un délai judiciaire, cela irait à l'encontre de l'objectif visé et risquerait même de prolonger la procédure. D'autre part, la contestation du préavis n'était pas soumise à une grande exigence formelle (elle pouvait par exemple aussi se faire oralement). En outre, un délai absolu de trente jours ne semblait pas non plus problématique pour ce qui était de la protection du droit des assurés, étant donné qu'ils avaient également la possibilité de faire recours contre la décision dans un délai de trente jours après que celle-ci leur avait été communiquée. Le Conseil fédéral a dès lors conclu que le délai devait être inscrit à l'alinéa 3 de l'art. 57a LAI (cf. Message du Conseil fédéral précité ; FF 2018 1636 et 1637). 5. a) En l'occurrence, il est établi que le délai de trente jours, désormais inscrit à l'art. 57a al. 3 LAI, est un délai légal et qu'il n'est de ce fait pas prolongeable. La recourante ne saurait donc reprocher à l'OAI de lui avoir refusé une troisième prolongation du délai au 30 novembre 2022, alors qu'elle avait déjà bénéficié de deux prolongations, la troisième lui ayant été accordée jusqu'au 7 octobre 2022. La recourante avait au demeurant annoncé la production de rapports médicaux de spécialistes, une contre-expertise et indiqué vouloir compléter ses observations. Or dans le délai prolongé au 7 octobre 2022, si l'on peut admettre qu'il était par trop restreint pour produire le rapport d'une contre-expertise, il faut reconnaître qu'il était à tout le moins suffisant pour produire des nouveaux rapports médicaux de ses médecins et compléter ses observations, en indiquant ce qu'elle contestait dans l'expertise H._____. La seule critique de la partialité du centre d'expertise à la solde de l'OAI, ne suffit pas à entacher la valeur probante de l'expertise ce d'autant que l'expertise est mise en œuvre de manière aléatoire par le biais de la plateforme SwissMed@p, sans aucune possibilité pour l'OAI de faire un choix différent. De son côté, l'assuré peut alors formuler des objections de nature formelle ou matérielle à l'égard de l'un ou des expert(s) désigné(s) (ATF 139 V 349 consid. 5.2.2). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la circonstance qu'un expert, médecin indépendant ou œuvrant au sein d'un centre d'expertise médicale, est régulièrement mandaté par les organes d'une assurance sociale ou par les tribunaux ne constitue pas, à elle seule, un motif suffisant pour conclure à la prévention ou à la partialité de l'expert (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3 et références citées ; TF 9C_445/2018 du 5 juillet 2018 ; TF 8C_146/2016 du 9 août 2016 consid. 3.2). Il convient également de relever que la recourante n'a pas même transmis un courrier, une convocation ou tout autre document attestant de ses démarches auprès d'un expert psychiatre, de sorte que l'OAI ne disposait d'aucun moyen de vérifier que de telles démarches avaient été entreprises. A cela s'ajoute que la recourante avait été dûment avertie que la prolongation au 7 octobre 2022 était la dernière et qu'il n'en serait pas accordé d'autre, ce qui devait l'amener à agir au minimum auprès des médecins sollicités en vue de les inciter à rédiger promptement de nouveaux rapports. En se fondant sur les pièces existantes au dossier, l'intimé a procédé à l'appréciation des preuves qu'il appartenait cas échéant à la recourante de contester par une motivation adéquate compte tenu de sa représentation par un avocat spécialisé de surcroît. Au surplus, le droit de faire administrer des preuves sur des faits pertinents n'empêche

toutefois pas l'autorité, selon la jurisprudence, de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient pas l'amener à modifier son opinion (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1). Enfin, dans la procédure de recours, la recourante n'a pas produit d'autres documents ou pièces permettant d'admettre qu'une expertise était en cours. Malgré la demande expresse de la juge instructrice, elle n'a produit aucune nouvelle pièce permettant de se convaincre de la mise en œuvre d'une contre-expertise ni de nouvelles pièces médicales de ses médecins traitants. La seule communication du nom de l'expert convoité ne suffit pas encore à s'en convaincre. Pourtant, dans la mesure où le tribunal jouit d'un plein pouvoir d'examen (cf. consid. 3b supra), il était encore temps de produire ce document ou toute autre pièce médicale permettant d'établir ses allégations. Il n'existe pas pour les parties un droit absolu d'être entendu de manière illimitée dans le temps, comme il n'existe pas non plus un droit de pouvoir obtenir l'administration de toutes les preuves qu'elles désirent (Anne-Sylvie Dupont , in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n. 11 ad art. 42 LPGA et références citées). Compte tenu de ce qui précède, il n'y a pas lieu d'admettre une violation du droit d'être entendue de la recourante. b) Quant au fond, la recourante n'a soulevé aucun grief. La seule allégation de l'absence de valeur probante de l'expertise H._____ au vu des rapports contradictoires des médecins traitants ne permet pas de comprendre quels sont les griefs que la recourante soulève à l'encontre de l'expertise. Une telle motivation, surtout de la part d'un avocat qualifié et spécialisé en matière d'assurances sociales est clairement insuffisante et il n'y a ainsi pas lieu d'entrer en matière sur le fond. 6. a) Mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée doit être confirmée. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la recourante, vu le sort de ses conclusions. c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 10 octobre 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de F._____. IV. Il n'est pas alloué de dépens. La présidente : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Jean-Michel Duc (pour F._____), ■ 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 :