

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 août 2026

Composition : Mme BERBERAT, présidente
MM. Wiedler et Tinguely, juges
Greffière : Mme Hentzi

* * * * *

Cause pendante entre :

B._____, à Q***, recourante, représentée par Me Renato Cajas, avocat à Genève,

et

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

Art. 36 al. 1, 43 et 44 LPGA ; art. 7j OPGA

En fait :

A. B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en ***, titulaire d'un CFC d'employée de commerce, travaillait en qualité de gestionnaire de sinistre, puis de responsable technique perte de gain maladie pour le compte d'[...] depuis le 1^{er} décembre 2011.

Le 5 septembre 2013, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), exposant souffrir d'une hernie discale.

Par décision du 3 février 2017, l'OAI a octroyé à l'assurée une demi-rente d'invalidité du 1^{er} mars au 31 mai 2014, puis une rente entière d'invalidité du 1^{er} juin 2014 au 31 mars 2015 et une demi-rente d'invalidité du 1^{er} avril au 30 avril 2015.

B. Le 26 octobre 2021, B._____ a déposé une deuxième demande de prestations auprès de l'OAI, en indiquant qu'elle souffrait d'une hernie discale extra foraminale en L3-L4 gauche depuis le 25 juin 2021.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a recueilli des renseignements médicaux, notamment auprès des médecins traitants de l'assurée. Sur recommandation du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), il a mandaté la Dre H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et experte auprès de D._____ Sàrl, afin qu'elle procède à une expertise orthopédique. Dans un rapport du 11 janvier 2024, l'experte a posé les diagnostics de lombalgies chroniques et de *failed back surgery*. Elle a retenu que l'assurée disposait, dès le 3 octobre 2023, d'une capacité de travail de 50 % dans son activité habituelle, compte tenu d'une présence limitée à quatre heures par jour et d'une baisse de rendement de 10 % en raison de la fatigue, de la nécessité de changer régulièrement de position et de prendre des pauses. Dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles consistant à éviter les stations assise ou debout prolongées de plus de 30 minutes, à permettre des changements de

position et à exclure la montée répétée d'escaliers, elle a en revanche estimé que la capacité de travail était entière, dès cette même date.

Dans un avis médical du 16 janvier 2024, le SMR a relevé que certaines conclusions de l'expertise nécessitaient des éclaircissements, en particulier la différence entre la capacité de travail retenue dans l'activité habituelle et celle admise dans une activité adaptée. Il a ainsi invité l'experte à préciser les limitations fonctionnelles, la cohérence des plaintes ainsi que l'appréciation finale de la capacité de travail.

En réponse aux questions complémentaires de l'OAI, la Dre H. _____ a indiqué, le 19 février 2024, que l'activité habituelle pouvait être considérée comme adaptée si les limitations fonctionnelles étaient respectées. Elle a précisé que dans une activité adaptée, l'assurée disposait d'une capacité de travail de 80 %, en raison d'une baisse de rendement de 20 % liée aux douleurs chroniques et à la fatigue. Elle a en outre complété les limitations fonctionnelles et indiqué que les plaintes de l'assurée étaient cohérentes avec les constatations cliniques, tout en les estimant amplifiées.

Répondant aux questions du mandataire de l'assurée, la Dr H. _____ a, par complément du 3 juin 2024, confirmé son appréciation de la capacité de travail, retenant une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée, compte tenu d'une baisse de rendement de 20 % liée aux douleurs chroniques et à la fatigue.

Par projet de décision du 13 février 2025, qui annulait et remplaçait un premier projet du 13 novembre 2024, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de lui allouer une rente entière d'invalidité du 1^{er} juin 2022 au 31 janvier 2024, au motif qu'elle avait présenté de manière ininterrompue une incapacité de travail totale depuis le 25 juin 2021 et qu'à la fin du délai d'attente, cette incapacité subsistait. Toutefois, selon les éléments médicaux au dossier, elle avait recouvré une capacité de travail de 80 % dans toute activité depuis le 3 octobre 2023. Par conséquent, le droit à la rente était supprimé au 31 janvier 2024, c'est-à-dire trois mois après l'amélioration de l'état de santé.

Le 19 mars 2025, l'assurée, représentée par Me Renato Cajas, a formulé des objections à l'encontre de ce projet de décision. En outre, elle a précisé qu'elle allait subir une intervention chirurgicale en vue de procéder à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse installé en 2021.

Par courrier du 17 avril 2025, l'assurée a indiqué qu'elle avait subi une intervention chirurgicale le 7 avril 2025. Cette intervention avait été rendue nécessaire en raison de douleurs importantes liées au matériel d'ostéosynthèse et elle était susceptible d'entraîner une amélioration de la capacité de travail. Elle a joint à son écriture un rapport du 4 avril 2025 du Dr F._____, spécialiste en neurochirurgie, et un compte rendu opératoire du 10 avril 2025.

Dans un avis médical du 1^{er} octobre 2025, le SMR a indiqué avoir requis des renseignements complémentaires auprès du Dr F._____ à la suite de l'intervention chirurgicale du 7 avril 2025. Il a relevé que, si certains éléments cliniques avaient évolué, les modifications objectivables de l'état de santé par rapport à l'expertise de réalisée en novembre 2023 demeuraient limitées. Il a ainsi sollicité la mise en œuvre d'une expertise orthopédique et estimé qu'il convenait de confier l'évaluation à la même experte, soit la Dre H._____, afin de déterminer si les limitations fonctionnelles actuelles entraînaient une modification de la capacité de travail.

Par communication du 9 octobre 2025, l'OAI a informé l'assurée qu'une expertise médicale orthopédique (expertise de suivi) était nécessaire et qu'elle envisageait de mandater la Dre H._____ pour procéder à l'examen.

Par courrier du 17 octobre 2025, l'assurée s'est opposée à la désignation de la Dre H._____ en qualité d'experte. Elle a soutenu que celle-ci était déjà intervenue dans le dossier et qu'il existait un risque qu'elle cherche à confirmer ses précédentes conclusions, de sorte qu'elle ne présenterait plus les garanties d'impartialité requises. En outre, le lien de

confiance était rompu à la suite de certaines remarques formulées dans l'expertise. Enfin, elle a estimé que, compte tenu de la complexité du dossier, un spécialiste des pathologies du dos devait être désigné.

Par courrier du 21 octobre 2025, l'OAI a informé l'assurée qu'il maintenait la désignation de la Dre H._____ en qualité d'experte dans la mesure où il s'agissait d'un complément d'expertise.

Par courrier du 24 octobre 2025, l'assurée a invité l'OAI à rendre une décision incidente concernant la récusation de l'experte. Par ailleurs, au vu du temps écoulé depuis la première expertise, elle contestait qu'il s'agisse d'un complément d'expertise.

Par décision incidente du 3 novembre 2025, l'OAI a confirmé que le complément d'expertise serait effectué par la Dre H._____. Il a relevé qu'à la suite des objections formulées par l'assurée et de l'intervention chirurgicale du 7 avril 2025, le SMR avait procédé à un nouvel examen du dossier et constaté que les modifications objectivables de l'état de santé demeuraient limitées. Il avait dès lors préconisé la mise en œuvre d'un complément d'expertise, et non d'une nouvelle expertise, afin d'évaluer les éventuelles modifications de l'état de santé intervenues depuis le premier examen. L'OAI a précisé que, faute de réglementation spécifique applicable aux expertises monodisciplinaires de suivi, il se fondait par analogie sur la Circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité (CPAI), laquelle prévoyait que les expertises de suivi pouvaient être confiées au même expert lorsqu'elles intervenaient dans un délai de trois ans. Enfin, il a contesté l'existence de tout motif de récusation, estimant que les griefs de l'assurée concernaient essentiellement des éléments médicaux postérieurs à la première expertise, de sorte qu'aucun risque de partialité de la Dre H._____ ne pouvait être retenu.

C. Par acte du 5 décembre 2025, B._____, représentée par son conseil, a recouru contre cette décision incidente auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement, à l'annulation [*recte* : réforme] de la décision

entreprise en ce sens que le Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, soit désigné en qualité d'expert, et, subsidiairement, à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'OAI pour la désignation d'un nouvel expert. En substance, elle a fait valoir que l'intimé avait violé les art. 44 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) et 7j OPGA (ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.11) en s'abstenant de rechercher une désignation consensuelle de l'experte. Dès lors que le complément d'expertise n'avait pas été attribué par le biais de la plateforme SuisseMED@P, l'OAI était tenu d'engager une procédure visant à parvenir à un consensus sur le choix de l'expert. Or, l'intimé avait refusé toute discussion à ce sujet, en faisant successivement valoir que la désignation de la Dre H._____ s'imposait au motif qu'il s'agissait d'un complément d'expertise, puis en appliquant par analogie les règles relatives aux expertises attribuées de manière aléatoire. Cette manière de procéder l'avait privée de la possibilité de proposer un autre expert. La recourante a également invoqué une violation de l'art. 36 al. 1 LPGA. Elle a soutenu que plusieurs incohérences et lacunes entachant l'expertise initiale avaient conduit le SMR à requérir deux compléments d'expertise, notamment en raison de contradictions relatives à l'appréciation de sa capacité de travail, de limitations fonctionnelles qui n'avaient pas été retenues malgré leur caractère évident, ainsi que de réponses incomplètes aux questions posées. Elle a en outre reproché à la Dre H._____ d'avoir tenu à son égard des propos dénigrants, en la qualifiant notamment de « peu soignée », d'« hyper logorrhéique » et en estimant que ses plaintes étaient amplifiées au motif qu'elle était « très prolifique dans la description de ses douleurs et de ses malheurs ». Ces appréciations démontraient une attitude préconçue à son égard et avaient conduit l'experte à minimiser certains aspects de son état de santé, en particulier l'intensité et la variabilité de ses douleurs. En outre, la Dre H._____ avait retenu une stabilisation de son état de santé en se fondant sur une prétendue fin du suivi médical, alors que plusieurs traitements étaient encore en cours. Les incohérences relevées dans le rapport d'expertise faisaient ainsi naître un doute objectif quant à

l'impartialité de la Dre H._____ et justifiaient sa récusation. A l'appui de son recours, elle a produit un lot de pièces figurant déjà au dossier.

Par réponse du 5 février 2026, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Il a exposé que l'expertise orthopédique du 10 janvier 2024, complétée les 19 février et 3 juin 2024, conservait une pleine valeur probante et que ses conclusions demeuraient valables, à tout le moins jusqu'au début de l'année 2025. À la suite de l'intervention chirurgicale subie par la recourante le 7 avril 2025, le SMR avait toutefois estimé nécessaire de mettre en œuvre une expertise de suivi afin de déterminer si cette intervention entraînait une modification des limitations fonctionnelles et de la capacité de travail. L'intimé a expliqué que cette expertise devait être confiée à la Dre H._____, laquelle avait déjà procédé à la première expertise, dès lors que les éléments médicaux nouvellement produits étaient succincts et qu'il apparaissait préférable que l'appréciation soit réalisée par la même experte. Il a contesté l'existence de motifs propres à faire naître un doute objectif quant à l'impartialité de la Dre H._____. Enfin, le mandat litigieux portant sur un complément de l'expertise réalisée en novembre 2023, la recherche d'un consensus sur le choix de l'expert n'avait pas lieu d'être.

La recourante a répliqué le 21 avril 2026. Elle a persisté dans les conclusions de son recours, faisant valoir que la nécessité d'un complément d'expertise n'était pas contestée, mais uniquement la désignation de la Dre H._____ pour y procéder. Elle a soutenu que l'art. 7j OPGA s'appliquait également aux compléments d'expertise et reproché à l'intimé de ne fournir aucune justification à son refus de rechercher un consensus sur le choix de l'expert. Elle a en outre relevé que les lacunes de la première expertise, les deux compléments d'expertise requis ainsi que le fait que le SMR se soit finalement écarté des conclusions de la Dre H._____ justifiaient de confier le complément d'expertise à un autre médecin. Enfin, les appréciations formulées par l'experte à son égard étaient de nature à faire naître un doute quant à son impartialité et l'empêcheraient de s'exprimer librement lors d'un nouvel examen, de sorte

que seul le recours à un nouvel expert permettrait de garantir son droit d'être entendue.

Par duplique du 21 mai 2026, l'intimé a derechef conclu au rejet du recours.

En droit :

1. a) La LPGA 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 sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). Selon l'art. 52 al. 1 LPGA, les décisions d'ordonnancement de la procédure ne peuvent pas être attaquées par voie d'opposition, si bien qu'elles sont directement attaques par la voie du recours devant le tribunal des assurances compétent.

b) En l'espèce, est litigieuse une décision incidente rendue en application de l'art. 44 al. 4 LPGA, par laquelle l'intimé a maintenu le choix de l'experte malgré la demande de récusation formée par la recourante. Une telle décision constitue une décision d'ordonnancement de la procédure au sens de l'art. 52 al. 1 LPGA, contre laquelle la voie de l'opposition n'est pas ouverte. En tant qu'elle statue sur une demande de récusation, elle peut faire l'objet d'un recours direct dans les 30 jours auprès du tribunal cantonal des assurances (art. 45 de la loi du 20 décembre 1986 sur la procédure administrative [PA; RS 172.021], applicable par renvois successifs des art. 55 al. 1 LPGA et 5 al. 1 et 2 PA ; art. 60 LPGA). Pour le reste, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [(loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte sur le point de savoir si c'est à bon droit que l'intimé a rejeté la demande de récusation de la Dre H._____ et confirmé sa désignation pour procéder au complément d'expertise orthopédique.

3. Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). S'agissant des règles de procédure relatives à l'administration d'une expertise, les nouvelles exigences posées par l'art. 44 LPGA depuis le 1^{er} janvier 2022 sont en principe applicables aux procédures en cours dès l'entrée en vigueur de cette disposition (ATF 148 V 21 consid. 5.3; 129 V 115 consid. 2.2). En l'espèce, le complément d'expertise orthopédique litigieux a été annoncé à la recourante par communication du 9 octobre 2025 et la décision incidente y relative a été rendue le 3 novembre 2025, soit postérieurement au 1^{er} janvier 2022. Il convient dès lors d'appliquer les art. 43 et 44 LPGA, ainsi que par leurs dispositions d'application, dans leur teneur en vigueur depuis cette date.

4. a) Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur. Selon l'art. 43 LPGA, il examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (al. 1). Il détermine la nature et l'étendue de l'instruction nécessaire (al. 1^{bis}). L'assuré doit quant à lui se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). Si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière. Il doit leur avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable (al. 3).

Selon la jurisprudence, le devoir de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires à l'appréciation du cas au sens de l'art. 43 al. 1

LPGA ne comprend pas le droit de l'assureur de recueillir un second avis médical (« *second opinion* ») sur les faits déjà établis par une expertise, lorsque celle-ci ne lui convient pas ; l'assuré ne dispose d'ailleurs pas non plus d'une telle possibilité. Si l'assureur n'est donc pas autorisé à remettre en question le bien-fondé d'une évaluation médicale au moyen d'un second avis médical, il est néanmoins tenu d'examiner si et dans quelle mesure il convient de compléter l'instruction, afin que l'état de fait déterminant pour la solution du litige soit établi au degré de la vraisemblance prépondérante (TF 9C_499/2013 du 20 février 2014 consid. 6.4.2.1 et les références citées).

b) A teneur de l'art. 44 al. 1 LPGA, si l'assureur juge une expertise nécessaire dans le cadre de mesures d'instruction médicale, il en fixe le type selon les exigences requises ; trois types sont possibles : expertise monodisciplinaire (let. a), expertise bidisciplinaire (let. b) et expertise pluridisciplinaire (let. c). L'art. 44 al. 2 LPGA dispose que si l'assureur doit recourir aux services d'un ou de plusieurs experts indépendants pour élucider les faits dans le cadre d'une expertise, il communique leur nom aux parties ; les parties peuvent récuser les experts pour les motifs indiqués à l'art. 36 al. 1 LPGA et présenter des contre-propositions dans un délai de dix jours. L'art. 44 al. 3 LPGA prévoit quant à lui que lorsqu'il communique le nom des experts, l'assureur soumet aussi aux parties les questions qu'il entend poser aux experts et leur signale qu'elles ont la possibilité de remettre par écrit des questions supplémentaires dans le même délai. Il est précisé que l'assureur décide en dernier ressort des questions qui sont posées aux experts. Si, malgré la demande de récusation, l'assureur maintient son choix du ou des experts pressentis, il en avise les parties par une décision incidente (art. 44 al. 4 LPGA).

c) Les art. 7j ss OPGA précisent l'art. 44 LPGA. Ainsi, l'art. 7j OPGA prévoit que si une partie récusé un expert en vertu de l'art. 44 al. 2 LPGA, l'assureur doit examiner les motifs de récusation ; en l'absence de motif de récusation, les parties tentent de trouver un consensus (al. 1). La recherche de consensus peut être effectuée par oral ou par écrit et doit être

consignée dans les dossiers (al. 2). Si un mandat d'expertise est attribué de manière aléatoire, il n'y a pas lieu de rechercher un consensus (al. 3).

d) Les objections que peut soulever l'assuré à l'encontre de la personne de l'expert peuvent être de nature formelle ou matérielle ; les motifs de récusation formels sont ceux prévus par la loi (cf. art. 36 al. 1 LPGa) ; d'autres motifs, tels que le manque de compétence dans le domaine médical retenu ou encore un manque d'adéquation personnelle de l'expert, sont de nature matérielle (ATF 148 V 225 consid. 3.3 et les références citées).

Selon l'art. 36 al. 1 LPGa, les personnes appelées à rendre ou à préparer des décisions sur des droits ou des obligations doivent se récuser si elles ont un intérêt personnel dans l'affaire ou si, pour d'autres raisons, elles semblent prévenues.

S'agissant des motifs de récusation formels d'un expert, il y a lieu, selon la jurisprudence, d'appliquer les mêmes principes que pour la récusation d'un juge, lesquels découlent directement du droit constitutionnel à un tribunal indépendant et impartial garanti par l'art. 30 al. 1 Cst. – qui en la matière a la même portée que l'art. 6 par. 1 CEDH – respectivement, pour un expert, des garanties générales de procédure de l'art. 29 al. 1 Cst., qui assure à cet égard une protection équivalente à celle de l'art. 30 al. 1 Cst. Un expert passe ainsi pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. Dans ce domaine, il s'agit toutefois d'un état intérieur dont la preuve est difficile à apporter. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de prouver que la prévention est effective pour récuser un expert. Il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle de l'expert. L'appréciation des circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs. Compte tenu de l'importance considérable que revêtent les expertises médicales en droit des assurances sociales, il y a lieu de poser des exigences élevées

quant à l'impartialité de l'expert médical (ATF 148 V 225 consid. 3.4 et les références citées).

Le Tribunal fédéral considère que le fait qu'un expert, médecin indépendant ou œuvrant au sein d'un centre d'expertise médicale, soit régulièrement mandaté par les organes d'une assurance sociale ou par les tribunaux ne constitue pas à lui seul un motif suffisant pour conclure à la prévention ou à la partialité de l'expert (ATF 137 V 210 consid 1.3.3 ; TF 9C_715/2013 du 4 février 2024 consid. 4.1.2).

En outre, un expert ne peut pas être révoqué pour le simple fait qu'il a déjà eu l'occasion, par le passé, de réaliser une expertise sur la personne assurée, pour autant cependant que le résultat de la procédure apparaisse ouvert en ce qui concerne les faits concrets et les questions juridiques à résoudre, et qu'il n'y ait objectivement pas d'apparence de prévention. L'expert est en principe considéré comme indépendant lorsqu'il doit répondre à d'autres questions ou uniquement expliquer ou compléter sa première expertise. Tel n'est en revanche pas le cas lorsqu'il est chargé de réexaminer ou de contrôler objectivement le bien-fondé de son rapport précédent (Jacques Olivier Piguet, *in* : Dupont/Moser-Szeless [édit.], Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2^e éd., Bâle 2025, n° 37a *ad* art. 44).

5. En l'espèce, la recourante reproche à l'intimé, d'une part, d'avoir violé l'art. 7j OPGA en s'abstenant de rechercher une désignation consensuelle de l'experte et, d'autre part, d'avoir refusé de récuser la Dre H._____ alors qu'il existait des circonstances propres à faire naître un doute quant à son impartialité.

a) Il convient d'examiner en premier lieu le grief tiré de la violation de l'art. 7j OPGA.

aa) La recourante soutient en substance que l'intimé était tenu d'engager une procédure de recherche de consensus dès lors que le complément d'expertise n'avait pas été attribué par l'intermédiaire de la

plateforme SuisseMED@P. Elle fait valoir que l'intimé avait refusé toute discussion concernant le choix de l'expert, en invoquant successivement qu'il s'agissait d'un complément d'expertise, puis en appliquant par analogie les règles relatives aux expertises attribuées de manière aléatoire.

bb) L'argumentation de la recourante ne saurait être suivie. En l'occurrence, il n'est pas contesté que la Dre H._____ a procédé à l'expertise orthopédique et rendu un rapport le 10 janvier 2024, complété les 19 février et 3 juin 2024. À la suite de l'intervention chirurgicale subie par la recourante le 7 avril 2025, le SMR a considéré que les modifications objectivables de l'état de santé apparaissaient limitées au regard des nouvelles pièces médicales produites. Il a dès lors préconisé un complément d'expertise auprès de la même experte afin de déterminer si cette intervention était susceptible de modifier les limitations fonctionnelles et l'appréciation de la capacité de travail. Il ressort ainsi clairement du dossier que l'intimé n'a pas ordonné une nouvelle expertise destinée à réexaminer l'ensemble de la situation médicale de la recourante, mais une expertise de suivi portant exclusivement sur l'évolution de son état de santé depuis l'intervention chirurgicale. Dans une telle configuration, le fait de confier le mandat au même expert apparaît conforme au but poursuivi, celui-ci étant le mieux à même d'apprécier les éventuelles modifications intervenues depuis son précédent examen. Il est par ailleurs admis qu'une expertise de suivi puisse être confiée au même expert, lorsque celle-ci vise à apprécier l'évolution de l'état de santé depuis la première expertise (cf. ATF 147 V 79 consid. 7.4.5). Dans ces circonstances particulières, il n'y avait ainsi pas lieu d'engager une procédure de recherche de consensus sur le choix de l'expert. La désignation de la Dre H._____ découle directement de la nature du mandat préconisé par le SMR et se justifie par des motifs objectifs tenant à la continuité de l'évaluation médicale. Exiger une recherche de consensus en vue de la désignation d'un autre expert aurait été contraire à la finalité même de l'expertise de suivi requise, laquelle suppose précisément que le médecin ayant procédé à l'évaluation initiale puisse apprécier si les éléments nouveaux sont de nature à modifier ses précédentes conclusions.

cc) Dans ces circonstances, l'intimé n'a pas violé l'art. 7j OPGA en décidant de confier l'expertise de suivi à la Dre H._____. Le grief doit dès lors être écarté.

b) La recourante soutient ensuite que la Dre H._____ devrait être récusée dans la mesure où il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité.

aa) Elle fait valoir, en premier lieu, que la première expertise présentait d'importantes lacunes et incohérences, lesquelles avaient conduit le SMR à solliciter deux compléments d'expertise successifs. Elle relève notamment que l'experte avait retenu une incapacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle tout en admettant une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, alors même que l'activité habituelle respectait l'ensemble des limitations fonctionnelles retenues. Elle lui reproche également de ne pas avoir pris en considération certaines limitations fonctionnelles pourtant qualifiées d'évidentes par le SMR, de ne pas avoir répondu à toutes les questions qui lui étaient soumises, en particulier concernant la cohérence de ses plaintes, et d'avoir retenu une stabilisation de son état de santé alors que plusieurs traitements étaient encore en cours. La recourante soutient que ces circonstances font craindre que l'experte cherche désormais à confirmer ses appréciations antérieures plutôt qu'à procéder à une nouvelle évaluation objective de son état de santé. Elle reproche encore à la Dre H._____ de l'avoir qualifiée de « peu soignée » et d'« hyper logorrhéique », ainsi que d'avoir indiqué que ses plaintes étaient « amplifiées » au motif qu'elle était « très prolifique dans la description de ses douleurs et de ses malheurs ». Ces appréciations témoignaient d'une attitude dépréciative à son égard et démontraient que l'experte a interprété négativement son souci d'être précise dans la description de ses symptômes, au lieu de chercher à en comprendre les raisons. Elle lui reproche également d'avoir minimisé certains épisodes douloureux importants qu'elle avait pourtant décrits. La recourante estime que ces éléments sont de nature à lui faire légitimement craindre que la Dre H._____ aborde le complément d'expertise avec un préjugé défavorable et l'empêchent désormais de s'exprimer librement lors d'un nouvel examen.

bb) A cet égard, il convient tout d'abord de rappeler que, saisie d'un recours dirigé contre une décision incidente rendue en application de l'art. 44 al. 4 LPGA, la Cour n'a pas à examiner la valeur probante de l'expertise ni le bien-fondé des appréciations médicales retenues par l'experte. Elle doit dès lors s'abstenir ici de procéder à un examen poussé des pièces médicales à disposition ce qui, sur ce plan, préjugerait de façon importante la décision que sera amené à rendre l'OAI quant au droit aux prestations. Les critiques émises par la recourante relatives aux incohérences alléguées du rapport d'expertise, aux limitations fonctionnelles retenues, à la date de stabilisation de l'état de santé ou encore aux conclusions médicales relèvent de l'appréciation matérielle de l'expertise. Elles devront, le cas échéant, être examinées dans le cadre d'un éventuel recours dirigé contre la décision finale statuant sur le droit aux prestations. Elles ne constituent en revanche pas des motifs de récusation au sens de l'art. 36 LPGA.

Les remarques figurant dans le rapport d'expertise du 10 janvier 2024 et ses compléments des 19 février et 3 juin 2024 ne permettent pas davantage de retenir une apparence de prévention. La recourante reproche à la Dre H._____ de l'avoir qualifiée de « peu soignée » et d'« hyper logorrhéique », ainsi que d'avoir indiqué que ses plaintes étaient « amplifiées » au motif qu'elle était « très prolifique dans la description de ses douleurs et de ses malheurs ». Toutefois, ces observations s'inscrivent dans le cadre de l'anamnèse et de l'examen clinique réalisés par l'experte. Elles ne permettent pas, à elles seules, de conclure que celle-ci nourrirait un préjugé à l'égard de la recourante ou qu'elle aurait abordé sa mission avec un manque d'objectivité. Le fait que l'experte ait décrit certains aspects de la présentation ou du comportement de l'intéressée ne saurait, en soi, être assimilé à une manifestation de partialité. En outre, le seul fait que la recourante se sente désormais mal à l'aise à l'idée d'être à nouveau examinée par la Dre H._____ ne saurait davantage justifier une récusation. Selon une jurisprudence constante, la méfiance de la personne assurée doit reposer sur des éléments objectifs et ne peut résulter de son seul ressenti (ATF 148 V 225 consid. 3.4).

Enfin, le fait que le SMR ait demandé une expertise de suivi, respectivement souhaité réévaluer les conséquences de l'intervention du 7 avril 2025, ne permet nullement de conclure que la Dre H._____ chercherait à confirmer ses précédentes conclusions. Au contraire, le complément d'expertise précisément requis a pour objet de déterminer si les nouveaux éléments médicaux sont susceptibles de modifier l'appréciation antérieure. Le résultat de cette évaluation demeure donc entièrement ouvert. Comme le rappelle la doctrine, le fait qu'un expert soit amené à compléter ou actualiser sa propre expertise ne suffit pas à faire naître une apparence de prévention ; tel ne serait le cas que s'il lui était demandé de contrôler objectivement le bien-fondé de son précédent rapport (Jacques Olivier Piguet, op. cit., n° 37a *ad* art. 44). Or, ce n'est pas le cas en l'espèce.

cc) Au vu de ce qui précède, la recourante ne fait valoir aucun élément objectif propre à faire naître une apparence de prévention de la Dre H._____. Les conditions d'une récusation au sens de l'art. 36 al. 1 LPGA ne sont dès lors pas réalisées.

c) Il s'ensuit que l'intimé était fondé à confirmer la désignation de la Dre H._____ pour procéder à l'expertise de suivi orthopédique.

6. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision querellée confirmée.

7. a) 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.

b) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g *a contrario* LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 3 novembre 2025 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 B._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Renato Cajas (pour B._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours

constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :