

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 novembre 2019

Composition : Mme BERBERAT, présidente
M. Bidiville et Mme Dormond Béguelin, assesseurs,
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourante, représenté par Me Alexandre Lehmann,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7 et 8 LPGA ; art. 4, 8 al. 3 let. b et 28 LAI.

E n f a i t :

A. A. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante suisse d'origine brésilienne née en 1973, mariée et mère de deux enfants nés respectivement en 1991 et 1999, ayant achevé une formation d'esthéticienne en 2007 avant de pratiquer ce métier comme indépendante dès le mois d'avril 2008, a déposé le 23 janvier 2013 une demande de prestations de l'assurance-invalidité des suites d'un infarctus du myocarde survenu le 20 octobre 2011, signalant une incapacité de travail complète depuis lors. L'assurée a ultérieurement précisé que, sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé de 80 % en tant qu'esthéticienne depuis octobre 2011 (cf. formulaire 531bis du 6 mars 2013).

Procédant à l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a interpellé le Dr O. _____, médecin généraliste traitant. Par rapport du 12 avril 2013, ce dernier a indiqué, au chapitre des pathologies incapacitantes, que l'assurée avait été victime d'un infarctus du myocarde le 25 [recte : 20] octobre 2011, qu'une coronographie pratiquée le 25 octobre 2011 avait abouti à une dissection de l'artère interventriculaire antérieure (IVA) induisant un nouvel infarctus et qu'une seconde coronographie avait ensuite été pratiquée le 26 octobre 2011, avec mise en place de trois stents actifs. Eu égard au développement d'une ischémie de stress antéro-septo-apicale peu étendue avec allongement de l'intervalle QT, un défibrillateur avait en outre été implanté le 10 novembre 2011. L'évolution cardiaque était globalement favorable depuis lors, avec persistance d'un angor d'effort et au froid nécessitant la prise d'anti-angineux ; à cela s'ajoutait que le boîtier du défibrillateur, implanté en région thoracique gauche, occasionnait des douleurs pariétales et brachiales gauches, en particulier à la mobilisation du bras gauche. Etaient également évoquées des lombopyalgies récidivantes sur surcharge et déconditionnement physique. S'agissant des atteintes sans impact sur la capacité de travail, il était fait mention de tremblements psychogènes chez une patiente avec des notions de parkinsonisme

familial depuis 2006, étant précisé que le *tremor* n'avait pas évolué et dérangeait modérément la patiente dans ses activités quotidiennes ; celle-ci présentait de surcroît une *incontinentia pigmenti* congénitale et une tendance aux hypotensions orthostatiques depuis la jeunesse. Quant à la capacité de travail, elle était nulle depuis le 25 octobre 2011.

Le 21 mai 2013, l'OAI a indexé un rapport rédigé le 19 mars 2013 par le Dr S._____, cardiologue, à la suite d'une consultation du 12 mars précédent. Aux termes de son rapport, ce médecin indiquait notamment que l'électrocardiogramme (ECG) montrait un rythme sinusal régulier, que l'interrogation du défibrillateur révélait un bon fonctionnement du système avec absence de choc délivré, et qu'un test d'effort témoignait d'une excellente capacité physique tout en restant cliniquement et électriquement négatif pour une ischémie myocardique. En outre, si une chronotopie insuffisante à l'effort était mentionnée, celle-ci était toutefois d'origine iatrogène certaine (Dilzem, Beloc-ZOK). La patiente était par ailleurs connue pour avoir des valeurs tensionnelles basses, accentuées par son traitement médicamenteux. Le Dr S._____ indiquait également avoir convenu avec l'intéressée qu'un voyage projeté par celle-ci au Brésil ne posait aucun problème.

En date du 3 juin 2013, l'OAI a indexé un compte-rendu rédigé le 13 mars 2013 par la Dresse Y._____, cheffe de clinique au Service de neurologie du Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier V._____). Cette dernière y indiquait en particulier que l'assurée avait été traitée pendant plusieurs années pour un syndrome parkinsonien jusqu'à ce que les résultats d'un DAT-scan du 29 août 2008 infirment ce diagnostic. Il était de surcroît relevé que si la patiente avait semblé n'être que très peu gênée par le tremblement psychogène en septembre 2012, envisageant alors de reprendre son activité professionnelle d'esthéticienne indépendante, elle estimait actuellement être très gênée et souffrait également de difficultés psychologiques. Un suivi neurologique et psychiatrique conjoint allait dès lors être mis en œuvre.

Dans un rapport du 12 septembre 2013, la Dresse Y._____ a posé le diagnostic avec impact sur la capacité de travail de trouble de conversion (F44.4). A ce rapport était notamment joint un compte-rendu du 23 mars 2012 du Dr Q._____, médecin associé au Service de neurologie du Centre hospitalier V._____, exposant en particulier qu'un DAT-scan à l'iode 123 réalisé un mois plus tôt s'était révélé parfaitement normal et que la patiente s'était donc vu expliquer qu'elle n'était pas atteinte de la maladie de Parkinson.

Par rapport du 17 décembre 2013, le Dr T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitant depuis le 31 mai 2013, a retenu les diagnostics incapacitants de trouble de l'adaptation avec perturbation des émotions et des conduites (F43.25), depuis 2011, évoquant par ailleurs un diagnostic différentiel sous forme d'épisode dépressif en rémission partielle, trouble anxieux post-traumatique et trouble délirant à type de jalousie. A titre d'atteintes sans incidence sur la capacité de travail, il a retenu des troubles moteurs dissociatifs (tremblements) et un « *[t]rouble de la personnalité ?* », depuis 1992. Le Dr T._____ a en particulier indiqué que l'assurée relatait une grossesse extra-utérine en 2010 puis un arrêt cardiaque en 2011 sur infarctus, dans un contexte de forte surcharge physique et émotionnelle. De fortes angoisses persistaient depuis lors, avec des sentiments de vulnérabilité, une humeur fluctuante, des troubles de la concentration, une fatigabilité, une anhédonie et une motivation altérée. S'agissant des restrictions psychiques, le Dr T._____ a signalé une fatigabilité, ainsi que des difficultés à bien identifier les besoins propres et à tenir compte de ses limites. Il a ajouté qu'au plan psychiatrique, il n'y avait actuellement aucune limitation importante dans la dernière activité d'esthéticienne indépendante, étant relevé qu'une reprise progressive diminuerait le risque d'aggravation des troubles résiduels. Dans une annexe à son rapport, le Dr T._____ a évoqué une capacité résiduelle de travail de 80 %.

Aux termes d'un rapport établi le 6 janvier 2014, le Dr O._____ a signalé que l'évolution était stationnaire. Concernant

l'étiologie des lombopygialgies, il a mentionné une surcharge et un déconditionnement sans exclure un trouble dégénératif débutant. Il a en outre expliqué que la capacité de travail dans l'activité d'esthéticienne était très faible dès lors que le boîtier du défibrillateur occasionnait des douleurs importantes lorsque la patiente travaillait avec le bras droit en porte-à-faux, que l'intéressée souffrait en outre d'une maladie coronarienne avec angor résiduel - les traitements actuels accentuant la tendance à l'hypotension artérielle, respectivement à l'hypotension orthostatique - et que les massages thérapeutiques nécessitaient une énergie souvent importante. Le Dr O. _____ a également précisé que l'assurée était plus gênée par ses malaises (avec fatigue sévère, vertiges et perte d'énergie) que par les crises d'angor. Il a ajouté que la capacité de travail médico-théorique serait bien meilleure dans une activité adaptée aux limitations, celles-ci concernant les travaux en porte-à-faux avec les bras, la station debout prolongée et les travaux nécessitant des efforts physiques.

Par attestation du 14 février 2016, le Dr O. _____ a annoncé que l'état de santé de l'assurée s'était clairement aggravé depuis le printemps 2015 et ne lui permettait pas de travailler.

Dans un rapport du 25 février 2016, le Dr O. _____ a confirmé les diagnostics incapacitants précédemment retenus tout en signalant de surcroît un syndrome de la veine cave supérieure sur thrombose de la veine cave supérieure gauche, avec status après angioplastie et mise en place d'un stent au niveau de la veine cave supérieure (1^{er} novembre 2015), ainsi qu'une fibrillation auriculaire intermittente (août 2015). Quant au *tremor*, il n'avait pas évolué et limitait la patiente dans ses activités quotidiennes. En guise de restrictions, le Dr O. _____ a mentionné l'apparition de douleurs thoraciques à l'effort même léger (2011), une tendance aux vertiges orthostatiques avec fatigue et des épisodes de gonflement du visage même à l'effort léger (décembre 2015). Il a ajouté que l'assurée n'était pas en mesure d'assumer une activité régulière sans faire des pauses ou se reposer.

Par rapport du 6 avril 2016, le Dr H._____, cardiologue, a retenu les atteintes incapacitantes de status post-infarctus et arrêt cardio-respiratoire (25 octobre 2011), avec mise en place d'un défibrillateur implantable, et de status post-angioplastie de la veine cave supérieure et de la veine jugulaire, l'incapacité de travail étant totale dans la profession actuelle. Quant aux limitations, elles commandaient d'éviter les efforts et le stress, étant précisé qu'il y avait un risque de saignements dans le cadre du traitement anticoagulant.

Par communication du 11 mai 2016, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'un mandat d'expertise avait été confié à la Clinique [...] (ci-après : la Clinique J._____), à [...], et que des examens étaient prévus auprès des Drs I._____, spécialiste en médecine interne générale, F._____, spécialiste en cardiologie, R._____, spécialiste en neurologie, M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et X._____, spécialiste en rhumatologie. Dans ce contexte, les examens de médecine interne et de neurologie ont eu lieu le 26 juillet 2016, ceux de psychiatrie et de rhumatologie (avec le concours du Dr E._____, spécialiste en chirurgie orthopédique) le 27 juillet 2016, et celui de cardiologie le 28 juillet 2016.

En date du 8 août 2016, l'assurée a adressé à l'OAI un écrit où elle émettait diverses critiques à l'encontre de l'examen réalisé par le Dr F._____, exposant en substance que ce dernier n'avait pas pris connaissance de son dossier préalablement, qu'il avait de surcroît réfuté l'avis des médecins traitants et qu'il lui avait laissé entendre qu'elle ne souffrait d'aucune maladie cardiaque mais que ses troubles étaient psychiques. A cela s'ajoutait que le Dr F._____ ne lui avait pas permis de conserver son soutien-gorge, qu'elle n'avait pas pu se couvrir d'un linge durant les divers examens et qu'elle avait en outre dû réaliser un test d'efforts les seins nus, se sentant humiliée.

Répondant à ce courrier le 15 août 2016, le Directeur de l'OAI a fait part de son effarement quant aux éléments rapportés. Le 8

septembre suivant, l'office a invité la Clinique J._____ à se déterminer sur les griefs soulevés par l'assurée.

Le 13 septembre 2016, les experts de la Clinique J._____ ont rendu leur rapport de synthèse auquel ils ont annexé le détail de leurs appréciations respectives. Dans le rapport susdit, il était notamment mentionné que l'assurée s'était présentée aux experts avec le document suivant :

"Le courrier adressé le 9 juin 2016 par le Dr O._____ au Dr U._____ gastro-entérologue résume l'histoire et nous informe de la survenue d'un événement récent : une thrombose de la veine cave supérieure, mise en évidence après plusieurs investigations et consultations spécialisées, alors que les examens étaient négatifs, bien que l'assurée présentait des tuméfactions récidivantes du visage à l'effort, fugaces. Cette thrombose a été traitée par angioplastie et pose d'un stent de la veine cave supérieure. Il est rappelé que la patiente est connue pour une cardiopathie ischémique avec arrêt cardiaque sur fibrillation ventriculaire à domicile, malgré l'absence de facteurs de risque. La pose d'un défibrillateur ventriculaire en même temps que le triple pontage coronarien sont rappelés. Ce défibrillateur a été contrôlé récemment et il a enregistré des épisodes de fibrillation auriculaire, en cours d'investigation chez son cardiologue le Dr H._____ ([...]) (remarque de la patiente: il s'agit du médecin qui avait mis en évidence la thrombose aux urgences du Centre hospitalier V._____ alors que les autres médecins radiologues ne l'avaient pas diagnostiquée). La patiente a été vue par la Dresse C._____, hématologue à [...], qui n'a pas trouvé de facteur expliquant une hypercoagulabilité ou une fragilité. C'est la patiente elle-même qui souhaite compléter ces explorations par une gastroscopie et colonoscopie, pour s'assurer de l'absence de facteurs digestifs derrière l'ensemble de ses problèmes.

Ce courrier nous apprend que la patiente est également suivie pour un état de somnolence diurne, en cours d'investigation, pour l'instant d'origine peu claire; un tremblement de repos de prédominance droite, un terrain atopique avec status après poussée d'urticaire en 2008 et une tendance au rhume des foins. Enfin, la patiente est porteuse d'une incontinentia pigmenti qui avait pris un aspect particulier en 2008, lors d'une poussée d'urticaire sur les lésions pré-existantes.

[...]

Pour le reste, le rapport d'expertise comportait les conclusions suivantes :

"

DIAGNOSTICS

Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail :

- ***Nihil***

Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail :

- ***Fracture de la clavicule droite traitée conservativement en 2011 (S42.00)***
- ***Trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22)***
- ***Trouble moteur dissociatif (F44.4)***
- ***Tremblement psychogène, avec composante de tremblement essentiel sous-jacent non exclue***
- ***Status après arrêt cardio-respiratoire réanimé***
- ***Maladie coronarienne mono-tronculaire (IVA)***
- ***Status après dissection de l'IVA et recanalisation avec implantation de trois stents actifs***
- ***Status après implantation d'un défibrillateur sous pectoral G***
- ***Status après angioplastie et stenting des veines jugulaires et de la VCS***
- ***incontinencia pigmenti***

APPRECIATION

[...]

L'assurée s'est présentée à nous comme une femme faisant son âge, soignée de sa personne, collaborante et ne manifestant à aucun moment un comportement douloureux.

En particulier lors de l'expertise principale, lors du recueil d'une anamnèse très détaillée, et lors de l'expertise psychiatrique, l'assurée était très volubile, s'éternisant sur des détails de son parcours personnel et médical, exprimant ainsi son anxiété et sa focalisation sur sa maladie et la crainte d'une récurrence.

Que ce soit dans le dossier médical recueilli par l'AI, dans les entretiens de l'assurée avec le conseiller AI, ou au cours de nos différents entretiens, les plaintes à l'origine de son incapacité sont empreintes d'une variabilité.

Il s'agit du tremblement, l'empêchant d'effectuer les gestes fins parfois requis par son métier, de douleurs précordiales spontanées, de palpitations, d'une gêne liée à la présence de son défibrillateur dans la région sous-pectorale gauche, de lombopyalgies et enfin d'une fatigue permanente.

Sur le plan **rhumatologique**, les lombopyalgies n'ont finalement été mentionnées que sur demande. Selon ses dires actuels, elle[s] n'interfèrent pas avec la pratique de son activité professionnelle antérieure[.]

L'assurée a été collaborante à l'examen, permettant de conclure à une mobilité articulaire normale.

Il n'y a donc sur le plan ostéoarticulaire aucun diagnostic incapacitant.

Sur le plan **neurologique**, le diagnostic de maladie de Parkinson a été évoqué initialement, en raison des antécédents familiaux. De nombreuses explorations neurologiques centrales sophistiquées ont été pratiqué[e]s et ont permis d'exclure ce diagnostic.

Finalement, il a été mentionné à plusieurs reprises le caractère psychogène de ce tremblement.

Notre expertise s'accorde avec cette conclusion. Le tremblement en question n'est noté à aucun moment durant l'entretien. Il apparaît lorsque l'attention est focalisée sur lui. Il s'agit d'un tremblement du membre supérieur droit, rapide et irrégulier, peu en faveur d'une origine organique.

Surtout, on note des incohérences, puisque le tremblement apparaît lors du dessin, mais l'écriture est régulière et normale, non trémulante.

Le reste de l'examen neurologique est entièrement normal.

L'examen neurologique n'exclut pas complètement un tremblement essentiel sous-jacent, mais conclut principalement à une composante psychogène. L'assurée elle-même déclare que ce tremblement est gérable par un anti-parkinsonien et que, finalement, il interfère peu avec son activité professionnelle. Ce diagnostic n'est donc retenu que parmi les diagnostics sans effet sur la capacité de travail.

L'expertise **cardiologique** constitue évidemment la partie centrale de notre expertise; à la fois puisque ce sont les problèmes cardiovasculaires qui ont été à l'origine de l'interruption de travail en 2011, et puisque les douleurs précordiales et les palpitations sont à plusieurs reprises évoquées comme les plaintes dominantes, responsables du sentiment de l'assurée d'être incapable de reprendre son activité professionnelle.

Éclairée par le lourd dossier et le constat actuel, l'expertise cardiologique n'identifie pas de substrat organique manifeste aux plaintes persistantes de ce registre.

Le défibrillateur est localisé en région sous-pectorale gauche. Par sa position il est peu susceptible de perturber les gestes requis par l'activité d'esthéticienne ou de masseuse.

L'étude du défibrillateur ne met pas en évidence de fibrillation auriculaire, ni de fibrillation ventriculaire. L'assurée elle-même n'a rapporté aucun choc témoignant de l'intervention de ce défibrillateur; l'enregistrement en est vierge.

Les palpitations ne sont donc en aucun cas liées à d'authentiques fibrillations.

L'indication à la pose du défibrillateur a été justifiée par la constatation d'un QT long lors de l'accident initial, qui était donc

probablement d'origine ischémique. Le QT corrigé a aujourd'hui une valeur normale, rendant très improbable l'existence d'un syndrome du QT long congénital.

Les douleurs thoraciques alléguées n'ont pas les caractères des douleurs angineuses.

Comme il a été vu, les coronarographies et les épreuves ergométriques, répétées ces dernières années, ont donné des résultats normaux, hormis la présence d'un petit infarctus apical séquellaire. Mais la fonction ventriculaire, évaluée à l'échographie, comme le tracé ECG à l'effort, sont encore normaux lors de notre expertise cardiologique.

Le syndrome de la veine cave supérieure, que l'expert retient comme un effet collatéral de la pose du défibrillateur, a été corrigé. L'assurée rapporte quelques récurrences de congestion faciale, mais il n'y a plus de syndrome cave pour les justifier.

Finalement, les plaintes multiples persistantes après l'accident initial, étaient plausibles et potentiellement d'origine organique. Elles ne correspondent plus aujourd'hui à la réalité somatique. Il en va ainsi des palpitations, des douleurs pseudo-angineuses, des douleurs précordiales liées à la présence du défibrillateur, etc.

Les antécédents de cette assurée incitent à corriger au maximum les facteurs de risques cardiovasculaires modifiables, par le maintien du traitement actuel. Celui-ci comporte un double traitement anti-coagulant et anti-agrégant. Ils pourraient justifier des précautions, mais qui ne s'appliquent pas à la profession de l'assurée.

Sur le plan **psychiatrique**, l'assurée n'a spontanément aucune plainte.

La description de sa vie courante et de sa vie sociale permet d'observer une nette restriction existentielle depuis la survenue de l'accident. Elle a restreint son activité physique et ses déplacements, en raison de son anxiété. Elle a renoncé à toute activité sportive. Ces changements sont notables, chez une femme auparavant certainement très active, développant un entourage social abondant, capable d'établir avec succès une activité d'esthéticienne indépendante, participant à des activités associatives et religieuses. Ces activités ne sont pas complètement terminées, mais sont manifestement aujourd'hui restreintes.

Pour autant, cette restriction et quelques éléments de tristesse associés, ne font pas retenir d'élément dépressif significatif. L'initiative est conservée, le sommeil reste bon. Elle est finalement capable d'assurer l'essentiel de ses activités domestiques, s'investit dans l'éducation de son enfant. Finalement c'est plutôt l'anxiété, consécutive aux accidents cardio-vasculaires, qui domine et qui l'a conduite à restreindre ses investissements.

L'expert rejoint pour cela le diagnostic de trouble de l'adaptation, retenu par le psychiatre traitant.

Cette assurée a authentiquement vécu des événements extrêmement traumatisants avec une sensation de mort imminente. Cet événement est survenu dans un contexte personnel déjà difficile, marqué par les difficultés avec sa fille aînée et les inquiétudes sur la pérennité de l'emploi de son conjoint. Finalement, elle se perçoit actuellement comme en sursis. Tout cela suffit à expliquer le trouble de l'adaptation.

Ce trouble de l'adaptation doit être regardé comme un diagnostic psychiatrique authentique. C'est la gravité de l'accident cardiaque qui a précipité cette femme dans l'incapacité de travail. Mais le trouble qui en est résulté n'atteint plus u[n] seuil de gravité suffisant pour être incapacitant.

Dans le contexte de plaintes multiples sans substrat somatique authentique, on est amené à s'interroger sur les indicateurs définis par la jurisprudence actuelle. On peut d'abord affirmer qu'elles s'inscrivent dans le diagnostic de trouble de l'adaptation.

Le tremblement, comme les précordialgies et les palpitations sont du registre dissociatif ou de conversion. La production de ces symptômes est inconsciente, leur motif est inconscient. Ils peuvent être regardés comme une production psychogène consécutive à l'anxiété authentique.

Ces troubles psychogènes n'atteignent pas, par eux-mêmes, une intensité telle qu'ils pourraient être considérés comme justifiant une incapacité de travail.

Leur cohérence a été plusieurs fois débattue dans les lignes ci-dessus. Elle est loin d'être évidente, ne serait-ce que par la multiplicité des plaintes et la variabilité de l'importance qui leur est respectivement accordée dans la perturbation de l'activité professionnelle.

Aucune de ces plaintes n'est dominante, l'on note un certain contraste entre l'incapacité perçue et le maintien d'un réseau relationnel, même s'il s'est restreint, et avec celui d'une activité domestique significative.

Il en est de même pour l'anxiété, qui limiterait l'assurée dans ses déplacements tout en lui permettant de venir chaque jour avec sa voiture à la clinique pour les expertises successives.

Finalement, en matière de personnalité, l'expert psychiatre ne retient pas de trouble, en particulier d'élément suggérant une personnalité hystérique. Par ailleurs, le parcours professionnel de cette assurée démontre qu'elle a longtemps disposé d'une énergie suffisante, en particulier pour entreprendre une formation et initier avec succès une activité professionnelle indépendante.

Sur le plan thérapeutique, l'assurée ne bénéficie pas d'un traitement psychotrope. L'inquiétude latente, probablement largement à l'origine des symptômes, incite à poursuivre la psychothérapie et à lui associer un traitement psychotrope. Une approche ergothérapeutique, qui l'aiderait à la mobiliser progressivement ses ressources, pourrait être également recommandée.

Au total, il s'agit d'une femme de 43 ans, ayant présenté à partir de 2011 des accidents cardio-vasculaires majeurs, inaugurés par un arrêt cardio-respiratoires et un infarctus myocardique, puis émaillés de complications, notamment une dissection coronarienne, puis un thrombose veineuse cave.

L'évolution sur ce plan cardiologique a été favorable et les symptômes actuels ne sont plus imputables à l'évolution de cette maladie.

Ces événements ont été incontestablement traumatisants, en particulier l'accident initial à l'origine d'un sentiment de mort imminente. Se sont développés ensuite des manifestations anxieuses et des plaintes somatiques psychogènes, qui s'intègrent dans un trouble de l'adaptation.

Les événements authentiquement somatiques ont certainement été à l'origine d'une incapacité totale de travail depuis la date de leur survenue, en octobre 2011, jusqu'à la constatation d'une normalisation des explorations cardiovasculaires, en 2013.

Les symptômes actuels ne leur sont plus directement liés, mais découlent d'un trouble de l'adaptation, conséquence des traumatismes vécus. Celui-ci ne peut être retenu comme incapacitant.

Depuis le dépôt de la demande, la capacité de travail doit être considérée comme entière, même dans l'activité antérieure.

L'évolution favorable sur le plan psychiatrique pourrait encore être améliorée par une prise en charge psychothérapeutique combinée et par l'ergothérapie."

Du volet cardiologique de l'expertise, détaillé par l'expert F._____ dans un compte-rendu du 4 août 2016, on extrait plus particulièrement ce qui suit :

"A noter que suite à un entretien avec le Dr H._____ et contrairement à ce qui est indiqué dans le dossier AI il s'avère qu'on a jamais constaté d'accès de Fibrillation auriculaire lors des différents contrôles de défibrillateur.

Anamnèse actuelle :

Lorsque je l'ai vue à ma consultation, le 28 juillet dernier, **Madame A._____** m'a indiqué que sa situation demeure difficile avec, des hauts et des bas. Elle se plaint tout d'abord de se sentir extrêmement **fatiguée**, devant régulièrement se reposer au cours de la journée. Elle se plaint ensuite de ressentir des **palpitations** qu'elle qualifie de "fibrillation", son cœur s'emballant régulièrement

tout au long de la journée sans relation avec l'effort. Cette symptomatologie survient de manière irrégulière, parfois quasiment quotidiennement, parfois plusieurs fois par semaine sans relation avec l'effort. Elle continue par ailleurs de ressentir régulièrement des douleurs oppressives dans la partie antérieure du thorax survenant n'importe quand au cours de la journée sans relation claire avec l'effort et passant, semble-t-il à la prise [...] d'Isoket. On relèvera que **Madame A.** ne ressent pas de douleur rétro-sternale constrictive typique pour un angor à l'effort, qu'elle n'a pas de symptomatologie claire d'insuffisance cardiaque, qu'elle n'a jamais présenté de syncope et, qu'elle n'a jamais ressenti de choc de son défibrillateur.

Examen clinique :

Patiente en excellent état général, [...]. Pas de signe clinique d'insuffisance cardiaque droite ou gauche. A noter que le boîtier du défibrillateur est bien en place et que cette zone n'est pas douloureuse à la palpation.

Examens complémentaires :

ECG de repos : rythme sinusal régulier à 58/min. PQ 0.16. QRS 0.08 avec bonne progression de l'onde R de VI à V6. ST isoélectrique. Pas d'anomalie de l'onde T. Axe du QRS 70°. A noter un QTC de 429 ms parlant contre l'existence d'un syndrome du QT long congénital. Ergométrie : test d'effort cliniquement et électriquement négatif pour une charge de 100 watts correspondant à 6.1 Mets soutenue durant 45 secondes. Bonne adaptation hémodynamique à l'effort. Absence d'arythmie.

Echocardiographie : cf rapport ci-joint.

Contrôle de défibrillateur : cf rapport ci-joint.

Discussion :

Madame A. est une patiente de 43 ans qui, le 20 octobre 2011, a fait à son domicile un arrêt cardio-respiratoire probablement secondaire à un infarctus aigu dans le territoire de l'IVA. Un syndrome du QT long évoqué dans un premier temps semble peu probable au vu de la normalisation de l'espace QT par la suite. Ce QT long initial était donc probablement d'origine ischémique. Son évolution initiale a été très difficile, marquée, par une dissection de l'IVA lors de la tentative d'angioplastie initiale. Elle a été ensuite progressivement favorable et ce vaisseau a pu être désobstrué avec succès et traité dans un deuxième temps, le 26 octobre 2011 par l'implantation de trois stents actifs.

Subjectivement, l'évolution de **Madame A.** depuis lors a été très difficile marquée par la persistance d'un état de fatigue, de palpitations et de douleurs thoraciques atypiques survenant sans relation avec l'effort qui ont motivé et motivent encore de fréquentes consultations auprès de son médecin traitant et de son cardiologue et ont motivé, en particulier en 2012 de multiples consultations hospitalières. Cette évolution difficile a encore été compliquée, à la fin de l'année 2015, par la survenue d'un syndrome de la veine cave supérieure qui a nécessité l'implantation d'un Stent.

Objectivement, sur le plan strictement cardiologique, cette évolution est plutôt favorable. L'examen clinique cardio-vasculaire ainsi que l'ECG se situent en effet dans les limites de la norme. L'ergométrie

est ensuite demeurée doublement négative pour une charge modeste mais néanmoins significative de 100 watts soutenue durant 45 secondes. L'échocardiographie est quant à elle parfaitement normale. La taille ainsi que la fonction systolique ventriculaire gauche se situent en effet dans les limites de la norme, **Madame A. _____** ne présente pas de valvulopathie significative et n'a pas de signe indirect d'hypertension pulmonaire. Enfin, **Madame A. _____** a subi deux coronarographies depuis 2011, l'une au mois d'avril 2012 et la seconde au mois de janvier 2014. Ces examens indiquent un bon résultat de son angioplastie d'octobre 2011 et l'absence de toute lésion coronarienne significative. **Madame A. _____** ne semble par ailleurs pas du tout gênée par le boîtier de son défibrillateur et l'interrogation de ce dernier nous indique qu'il n'est jamais intervenu depuis son implantation, le 10 novembre 2011 ne mettant par ailleurs pas en évidence de trouble rythmique spécifique et plus particulièrement d'accès de FA que pourrait faire suspecter l'anamnèse.

De mon point de vue, objectivement l'évolution cardiologique de **Madame A. _____** depuis octobre 2011 est donc favorable et sur ce plan il n'y a actuellement pas d'élément nous faisant craindre une aggravation de sa maladie cardiaque interf[é]rant avec sa capacité de travail que ce soit dans sa profession d'esthéticienne ou dans une profession adaptée. L'interrogation du défibrillateur effectué par son cardiologue et à mon cabinet ne met en effet pas en évidence de trouble du rythme susceptible d'expliquer ses palpitations, l'échocardiographie ne met pas en évidence d'altération de la fonction ventriculaire gauche pouvant expliquer l'état de fatigue, enfin, les sensations d'oppression thoracique dont elle continue à se plaindre ne correspondent à mes yeux pas à un angor. Au vu du résultat de l'ergométrie et des coronarographies d'avril 2012 et de janvier 2014, un angor d'effort classique peut être exclu et, les caractéristiques cliniques de ces sensations d'oppression thoracique ne correspondent à mon avis pas à celles de spasmes coronariens. Elles ne sont par ailleurs pas, dues au boîtier de son défibrillateur qui est bien en place et n'e[s]t pas douloureux à la mobilisation. Cette appréciation est bien entendu en contradiction avec les sensations subjectives de la patiente qui, une nouvelle fois, se plaint essentiellement d'un état de fatigue, de palpitations et, enfin, de la persistance de sensations d'oppression thoracique. Je pense dès lors qu'il faut évoquer une cause non cardiaque à ces dernières en relation, en particulier avec l'état psychique de la patiente qui fait l'objet d'une autre partie de cette expertise et dont l'évaluation n'est, bien entendu pas dans mes attributions."

En date du 10 octobre 2016, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dans le sens d'un refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité. Dans sa motivation, l'office a exposé que l'intéressée s'était trouvée en incapacité complète de travail depuis le 20 octobre 2011 et qu'à l'échéance du délai de carence légal d'une année, le 20 octobre 2012, son préjudice économique - et, par conséquent, son degré d'invalidité - était de 100 %, si bien qu'il aurait pu lui ouvrir le droit à une

rente entière. Une amélioration de l'état de santé était ensuite survenue à partir du mois de février 2013 avec une capacité de travail totale dans toute activité, ce qui aurait amené à la suppression du droit à la rente trois mois plus tard, au 31 mai 2013. La demande de prestations ayant été déposée le 12 février 2013 [sic], l'ouverture d'un droit aux prestations n'aurait toutefois pu intervenir que six mois plus tard, soit dès le 1^{er} août 2013. L'OAI a par ailleurs observé, s'agissant du droit aux mesures professionnelles, que l'assurée ne présentait pas un manque à gagner durable de 20 % au moins.

Par écriture du 7 novembre 2016, l'assurée a fait part de ses objections à l'encontre du projet précité. Elle a en particulier argué qu'elle n'avait pas immédiatement sollicité de prestations suite aux événements du 20 octobre 2011 car elle avait alors eu la ferme intention de recommencer à travailler dès la fin de sa convalescence, n'ayant toutefois jamais connu de période assez stable par la suite pour pouvoir reprendre son activité. Elle a en outre contesté être parfaitement rétablie depuis le début de l'année 2013. En annexe, elle a produit des clichés de son visage avec et sans tuméfactions, ainsi qu'une copie du rapport du 9 juin 2016 du Dr O. _____ communiqué aux experts de la Clinique J. _____.

Dans un compte-rendu du 19 décembre 2016, le Dr O. _____ a souligné que malgré l'intervention du 1^{er} novembre 2015, l'intéressée était encore sujette à des œdèmes au visage déclenchés par des efforts légers, que le tremblement essentiel intermittent l'entravait dans les travaux fins et qu'une partie des activités - même de la vie quotidienne - ne pouvait plus être assumée. Il a ajouté que la patiente avait récemment entrepris un voyage au Brésil contre l'avis de son cardiologue et que ce voyage s'était avéré éprouvant, qu'elle avait connu des épisodes de palpitations avec oppressions respiratoires et qu'elle avait dû passer ses journées à se reposer à la maison ou à la plage. Le Dr O. _____ a également considéré que l'activité d'esthéticienne n'était pas exigible compte tenu des tremblements en cas de gestes nécessitant une grande

précision et d'une impossibilité à effectuer les efforts requis par les massages thérapeutiques.

A teneur d'un rapport du 10 janvier 2017, le Dr H._____ a attesté que l'assurée n'était pas en mesure de prendre une activité professionnelle à 100 %.

Dans un écrit du 27 janvier 2017, l'assurée a complété ses objections. Après une description de ses antécédents et troubles médicaux, l'intéressée a argué que les récents relevés de son défibrillateur montraient certes de bonnes fonctions cardiaques mais qu'il ne s'agissait toutefois pas de celles d'un sujet de quarante ans en bonne santé, étant souligné que ce qu'elle décrivait comme des palpitations ou fibrillations étaient en réalité des tachycardies sinusales selon le Centre [...] de [...], respectivement des arythmies supraventriculaires selon le Centre hospitalier V._____. Elle a au surplus critiqué l'appréciation des experts de la Clinique J._____, singulièrement celle du Dr F._____, reprochant à ce dernier d'avoir fait preuve de peu d'objectivité et d'attention lors de son examen médical et mettant en cause divers passages de son rapport. Elle a de surcroît fait valoir que le trouble de conversion semblait être utilisé pour nombre de symptomatologies mal comprises dont les origines n'étaient pas claires, émettant par ailleurs des doutes quant à la nature psychogène de ses atteintes. L'assurée a encore indiqué qu'elle prenait quatorze médicaments par jour et que la profession d'esthéticienne n'était plus possible compte tenu de ses tremblements, de l'intensité musculaire exigée par les massages et des interférences de certains appareils avec son défibrillateur. Enfin, l'intéressée a signalé qu'un choc ou une onde électrique lui avait traversé la poitrine dans la soirée du 19 janvier 2017. Elle a par ailleurs joint divers documents à son écrit, dont des relevés de son défibrillateur établis par le Service de cardiologie du Centre hospitalier V._____ montrant notamment ce qui suit :

"Bon fonctionnement du défibrillateur. Pas de changement de programmation.
4 épisodes de probable SVT, selon le morphologue, symptomatiques les derniers 6 mois."

- 12 juin 2014 :

"Bon fonctionnement du défibrillateur. Pas de changement de programmation.
6 épisodes correspondant à de la probable tachycardie supraventriculaire culminant à 160bpm de durée maximale de 6 minutes, symptomatique sous forme de palpitations, fatigue."

- 11 décembre 2014 :

"Bon fonctionnement du défibrillateur. Pas de changement de programmation.
Plusieurs épisodes de tachycardie supra-ventriculaire régulière à 170bpm symptomatique sous forme de palpitations, début progressif probablement d'origine sinusale (DD : tachycardie atriale, nodale, atrio-ventriculaire par faisceau accessoire."

- 18 juin 2015 :

"Bon fonctionnement du défibrillateur. Pas de changement de programmation.
9 épisodes en mai de TSV (sinusal ? atriale ?) max 176 bpm durée max de 4 minutes symptomatiques avec des palpitations d'apparition brutale (?) mais arrêt dégressif, d'apparition uniquement nocturne. Fenêtre de monitoring à 150 bpm. Un holter de rythme voir[e] un R-test c/o dr Schnyder est souhaitable pour préciser l'arythmie."

Par avis médical du 28 février 2017, le Dr Z._____, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), s'est rallié à l'appréciation des experts de la Clinique J._____. Il a plus particulièrement considéré que le Dr O._____ se contentait de donner une autre appréciation de la situation, prêtant une valeur incapacitante aux symptômes considérés différemment et de façon argumentée par les experts. Quant au Dr H._____, il n'expliquait pas les motifs l'incitant à retenir une incapacité totale de travail, ni n'apportait de faits nouveaux.

Par décision du 15 mars 2017, l'OAI a confirmé son projet du 10 octobre 2016, dont il a repris la motivation.

Dans une lettre d'accompagnement du même jour, l'office a réfuté les objections de l'assurée.

B. Agissant par l'entremise de son conseil, A._____ a recouru le 1^{er} mai 2017 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant à son annulation [recte : réforme] et, principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} août 2013, subsidiairement à l'octroi de mesures professionnelles. A titre préalable, la recourante a sollicité la suspension de la procédure jusqu'à réception d'un rapport du Dr H._____. S'agissant des moyens de preuve, elle a requis la production de ses dossiers en mains de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) et du Centre hospitalier V._____, de la réponse de la Clinique J._____ au courrier de l'OAI du 8 septembre 2016 et du dossier constitué par l'office à ce sujet ; elle a par ailleurs demandé la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire (cardiologique et neurologique), l'audition de son mari, sa propre audition et la mise en œuvre de débats publics. Sur le fond, la recourante a fait valoir que les conclusions des experts de la Clinique J._____ ne correspondaient pas à celles des Drs O._____ et H._____. A cela s'ajoutait que l'expertise cardiologique réalisée par l'expert F._____ était critiquable à plusieurs égards - l'examen physique s'étant particulièrement mal passé avec un sentiment d'humiliation engendré par l'attitude de l'expert, d'une part, et le rapport d'expertise contenant des constatations factuelles erronées et des lacunes, d'autre part. L'intéressée en a déduit qu'une expertise judiciaire s'imposait afin de déterminer sa capacité réelle de travail, avec également des investigations au niveau de la somnolence diurne évoquée par le Dr O._____ le 9 juin 2016.

Appelé à se prononcer sur le recours, l'intimé en a proposé le rejet par réponse du 10 juillet 2017. L'OAI a en particulier souligné que les conclusions de l'expert F._____ ne contenaient pas de jugement de valeur ou de critiques à l'égard de ses confrères, l'expert ayant du reste

contacté le Dr H._____ et mis sur pieds des examens complémentaires afin que son analyse reflète la situation de la recourante.

Par réplique du 19 octobre 2017, la recourante a persisté dans ses motifs et conclusions. Elle a par ailleurs indiqué ne pas être en mesure de fournir un rapport du Dr H._____ mais s'est en revanche prévalu d'un rapport du 18 mai 2016 de la Dre C._____, spécialiste en médecine interne générale et hématologie. Celle-ci y exposait qu'un bilan hématologique n'avait pas mis en lumière d'éléments susceptibles de favoriser un événement thrombotique artériel ou veineux, étant notamment relevé qu'une origine mécanique n'était pas totalement exclue chez une patiente porteuse d'un défibrillateur et dont la sonde pourrait avoir favorisé la survenue d'un événement thrombotique veineux ; la Dre C._____ précisait en outre avoir renoncé pour le moment à rechercher un déficit de protéine S ou C (thrombophilie constitutionnelle veineuse) afin de ne pas interrompre l'anticoagulation par Sintrom.

Dupliquant le 13 novembre 2017, l'intimé s'est référé à un avis médical SMR du 2 novembre 2017, aux termes duquel le Dr Z._____ relevait que le bilan effectué par la Dre C._____ excluait une pathologie hématologie évidente et que les investigations et les traitements mis en œuvre ne changeaient en rien les conclusions de l'expertise de la Clinique J._____.

Par écriture du 18 décembre 2017, la recourante a confirmé sa position. Elle s'est pour le surplus référée à un rapport du 19 avril 2017 de la Dre W._____, médecin-adjoint à l'Hôpital B._____, indiquant qu'un bilan de thrombophilie après arrêt du Sintrom avait été effectué le 27 mars précédent et qu'il permettait de suspecter un déficit en protéine S, cette anomalie nécessitant en principe un deuxième dosage de confirmation.

Par courrier du 25 juin 2018, la juge instructrice a impartit à l'intimé un délai au 17 août 2018 pour transmettre la réponse de la

Clinique J._____ à son courrier du 8 septembre 2016, ainsi que tout autre document ayant trait au déroulement de l'expertise en cause. L'OAI était également invité à indiquer si d'autres médecins impliqués dans l'expertise avaient fait l'objet de plaintes pouvant mettre en doute la crédibilité de celle-ci.

Parallèlement, toujours le 25 juin 2018, la juge instructrice a signifié à la recourante que les mesures d'instruction visant la production des dossiers de la CNA et du Centre hospitalier V._____ étaient rejetées dans la mesure où il n'y avait pas déjà été donné suite, un délai au 31 août 2018 étant imparti à l'intéressée - à qui il appartenait de prendre contact avec les institutions concernées, de demander les dossiers requis et de sélectionner les pièces pertinentes - pour produire ceans les éventuels documents considérés utiles.

Par acte du 10 août 2018, l'intimé a exposé qu'à sa connaissance, aucun des médecins impliqués dans l'expertise litigieuse n'avait fait l'objet de plaintes. L'OAI a joint, en annexe, un onglet de pièces se rapportant au déroulement de l'expertise, dont :

- un courrier du 14 septembre 2016 adressé à l'OAI par le Dr X._____, en sa qualité de responsable de la Clinique J._____, exposant que le Dr F._____ collaborait depuis de nombreuses années avec ladite clinique comme expert mais également comme cardiologue référent, que sa compétence et ses qualités humaines étaient reconnues par ses collègues comme par ses patients et qu'il ne se souvenait pas de difficultés particulières au cours de l'examen de la recourante ;

- un courrier du 18 août 2016 adressé à la recourante par le Dr X._____, déplorant le sentiment d'humiliation éprouvé par l'intéressée mais relevant néanmoins que le rapport émis par le Dr F._____ ne recelait aucun jugement de valeur à son égard, ni aucune critique à l'encontre d'autres confrères, et soulignant que ni les compétences, ni le comportement de cet expert n'avaient jusqu'alors fait l'objet d'une quelconque contestation au cours d'une collaboration de plusieurs années.

Aux termes d'une écriture du 12 novembre 2018, la recourante a maintenu son argumentation.

Une audience de débats publics s'est tenue le 12 novembre 2019. A cette occasion, la recourante a produit un courriel adressé le 10 novembre précédent à son conseil où elle invoquait l'appréciation du Prof. K._____, médecin chef au Service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du Centre hospitalier V._____; elle a sollicité la suspension de la cause jusqu'à la production d'un rapport émanant de ce dernier médecin.

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 - compte tenu des fêtes pascales (art. 38 al. 4 let. b LPGA) - 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. En l'occurrence, est litigieux le point de savoir si la recourante présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de gain susceptible de lui ouvrir le droit à une rente

d'invalidité, subsidiairement à des mesures de réadaptation professionnelle.

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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 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.

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). Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18d LAI (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement et aide en capital). Selon l'art. 17 al. 1

LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir le droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3).

b) Pour pouvoir 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 une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le tribunal apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas d'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 de l'anamnèse, 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. 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 143 V 124 consid. 2.2.2 ; ATF 125 V 351 consid. 3a et les références ; TF 9C_453/2017 & 9C_454/2017 du 6 mars 2018 consid. 4.2).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

c) Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que les affections psychiques et les syndromes de dépendance primaires à des substances psychotropes 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 ; TF 9C_724/2018 du 11 juillet 2019 destiné à la publication). 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).

4. Il est constant que la décision attaquée repose sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire (psychiatrique, de médecine interne, rhumatologique, neurologique et cardiologique) établi le 13 septembre 2016 par les spécialistes de la Clinique J._____. Aux termes de ce rapport, les experts mandatés par l'OAI ont considéré que les événements authentiquement somatiques avaient certainement été à l'origine d'une incapacité totale de travail depuis la date de leur survenue, en octobre 2011, jusqu'à la constatation d'une normalisation des explorations

cardiovasculaires, en 2013. En revanche, les symptômes actuels ne leur étaient plus directement liés mais découlaient d'un trouble de l'adaptation consécutif aux traumatismes vécus et non incapacitant. Les experts ont ainsi estimé que la capacité de travail était entière même dans l'activité antérieure, cela depuis le dépôt de la demande de prestations (cf. rapport d'expertise du 13 septembre 2016 p. 17) - ce que la recourante a contesté en se prévalant de l'avis de ses médecins traitants et en émettant des critiques plus spécifiques à l'égard du volet cardiologique de l'expertise réalisée à la Clinique J._____.

a) Pour l'aspect psychique, l'expert M._____ a diagnostiqué un trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive, ainsi qu'un trouble moteur dissociatif (cf. ibid. p. 13). Il a notamment précisé que l'assurée avait vécu un événement extrêmement traumatisant avec une sensation de mort imminente, ce dans un contexte personnel déjà difficile, et qu'elle se percevait actuellement comme en sursis. Il a ajouté que depuis l'accident, la recourante présentait certes une nette restriction existentielle dans le cadre de sa vie courante et de sa vie sociale, avec quelques éléments de tristesse associés, mais qu'il n'y avait pas d'aspect dépressif significatif, le tableau étant dominé par une anxiété consécutive aux accidents cardiovasculaires et ayant conduit l'assurée à restreindre ses investissements. On pouvait dès lors conclure à un trouble de l'adaptation dans lequel s'inscrivaient les plaintes multiples sans substrat somatique authentique - le tremblement, les précordialgies et les palpitations, du registre dissociatif ou de conversion, résultant d'une production psychogène consécutive à l'anxiété authentique. Cela posé, l'expert a retenu que le trouble d'adaptation n'atteignait plus un seuil de gravité suffisant pour être incapacitant et que l'intensité des troubles psychogènes ne justifiait pas non plus d'incapacité de travail. En particulier, l'expert M._____ a relevé que la cohérence était loin d'être évidente, compte tenu notamment de la multiplicité et de la variabilité des plaintes ; il a ajouté que l'on notait un certain contraste entre l'incapacité perçue et le maintien d'un réseau relationnel même diminué, respectivement d'une activité domestique significative, contraste que l'on observait également s'agissant de la capacité de l'assurée à se déplacer

en voiture pour les expertises successives nonobstant l'anxiété. L'expert n'a par ailleurs noté aucune problématique spécifique du point de vue la personnalité. Il a en outre souligné les ressources dont la recourante avait fait preuve, notamment pour entreprendre une formation et se lancer avec succès dans une activité indépendante, et a préconisé la poursuite de la psychothérapie, cas échéant avec une approche ergothérapeutique (cf. ibid. p. 16 s.). Ce faisant, l'expert M._____ s'est prononcé de manière conforme aux exigences jurisprudentielles en la matière, que ce soit sous l'angle du degré de gravité fonctionnel - du point de vue de l'atteinte à la santé, de la personnalité et du contexte social - comme sous l'angle de la cohérence des troubles (cf. consid. 3c supra).

Pour le surplus, rien au dossier ne vient infirmer l'avis de l'expert psychiatre. A ce propos, dans son rapport du 17 décembre 2013, le Dr T._____, psychiatre traitant, a certes posé un diagnostic incapacitant sous forme de trouble de l'adaptation avec perturbation des émotions et des conduites, signalant en outre un diagnostic différentiel sous forme d'épisode dépressif en rémission partielle, trouble anxieux post-traumatique et trouble délirant à type de jalousie Il n'a toutefois guère motivé son appréciation sur le sujet et a finalement conclu à l'absence de limitations importantes dans la dernière activité de masseuse indépendante. S'il a certes évoqué une reprise progressive afin de diminuer le risque d'aggravation des troubles résiduels, avec une capacité résiduelle de travail de 80 %, il n'a pas davantage étayé son point de vue sur la question. En d'autres termes, le Dr T._____ n'a pas clairement défini d'incapacité de travail durable sous l'angle psychiatrique. Au demeurant, le Dr T._____ n'a pas non plus développé les diagnostics sans impact sur la capacité de travail retenus - soit un trouble moteur dissociatif, à l'instar de l'expert M._____, et un trouble de la personnalité « ? », mentionné sans autre indication. Cela étant, l'évaluation faite par le psychiatre traitant ne saurait donc prendre le pas sur celle, plus détaillée, réalisée par l'expert de la Clinique J._____. Enfin, il est vrai que la Dre Y._____ mentionnait le 12 septembre 2013 un diagnostic de trouble de conversion avec incidence sur la capacité de travail ; ce diagnostic n'était

toutefois guère motivé et ne saurait ainsi l'emporter sur l'appréciation dûment étayée de l'expert M._____.

Sous l'angle psychiatrique, on ne peut donc que se rallier aux conclusions du rapport d'expertise du 13 septembre 2016 - ce dont la recourante ne disconvient du reste pas dans le cadre de la présente procédure judiciaire.

b) La Cour de céans ne voit en outre pas ce qui justifierait de s'écarter des experts de la Clinique J._____ pour les volets de médecine interne, de rhumatologie et de neurologie.

A cet égard, les experts ont retenu les diagnostics de fracture de la clavicule droite traitée conservativement en 2011, de tremblement psychogène avec composante de tremblement essentiel sous-jacent non exclue et d'*incontinentia pigmenti*, aucune de ces atteintes n'étant jugée incapacitante (cf. rapport d'expertise du 13 septembre 2016 p. 13). Cela étant, on notera tout d'abord que la notion d'une fracture de la clavicule en 2011 n'a été mentionnée pour la première que devant les experts de la Clinique J._____ (cf. *ibid.* p. 11) et que rien ne permet de prêter à cette atteinte, singulièrement à ses hypothétiques séquelles, la moindre nature incapacitante. Quant à l'avis de l'expert R._____ sur la nature psychogène et non incapacitante des tremblements de l'assurée, il s'insère dans le prolongement des conclusions de l'expert M._____ (cf. consid. 5a supra) mais recoupe également l'avis exprimé initialement par le Dr O._____ (cf. rapports des 12 avril 2013 et 25 février 2016) ; le fait que le Dr O._____ ait ultérieurement estimé que les tremblements en cas de gestes nécessitant une grande précision n'étaient pas compatibles avec l'activité d'esthéticienne (cf. rapport du 19 décembre 2016), sans aucune notion d'aggravation au niveau du *tremor*, ne saurait donc être considéré comme convaincant. On notera au surplus qu'en amont, la Dre Y._____ avait également conclu à un tremblement psychogène à l'issue des investigations pratiquées au Centre hospitalier V._____ (cf. rapport du 3 juin 2013). Enfin, le fait que l'expert R._____ ait précisé que l'on ne pouvait totalement exclure un tremblement essentiel sous-jacent (cf.

rapport d'expertise du 13 septembre 2016 p. 15) ne modifie rien à ses constatations quant à la nature non incapacitante de ce tremblement. Cela étant, on voit donc mal ce qui justifierait une nouvelle expertise sur le plan neurologique, pourtant requise – sans explication – par la recourante (cf. mémoire de recours du 1^{er} mai 2017 p. 14). La Cour relève par ailleurs que l'ensemble des médecins interpellés a accordé une valeur non incapacitante à la maladie dermatologique affectant l'assurée (*incontinentia pigmenti*). C'est en outre le lieu de souligner que sur le plan rhumatologique, l'expert X._____ a indiqué que les lombopygalgies – considérées comme incapacitantes par le Dr O._____ (cf. rapports des 12 avril 2013 et 6 janvier 2014) – n'avaient finalement été mentionnées que sur demande et que, selon les dires de l'assurée, elles n'interféraient pas avec la pratique de son activité professionnelle antérieure (cf. rapport d'expertise du 13 septembre 2016 p. 14), raison pour laquelle aucune atteinte n'a finalement été retenue sur le plan ostéoarticulaire (cf. ibid. p. 15). Il suit de là que sur les plans rhumatologique, de médecine interne et de neurologie, les conclusions des experts de la Clinique J._____ ne peuvent donc qu'être suivies.

Certes, la recourante a reproché aux experts de ne pas avoir tenu compte d'une problématique de somnolence diurne en cours d'investigation selon un rapport du Dr O._____ du 9 juin 2016 (cf. mémoire de recours du 1^{er} mai 2017 p. 14). On constate néanmoins que les spécialistes de la Clinique J._____ ont eu connaissance de ce rapport et de son contenu (cf. rapport d'expertise du 13 juin 2016 p. 7). Dans le cadre de l'expertise, il a en outre été fait référence aux plaintes émises sous forme de fatigabilité (cf. ibid. p. 11) et de fatigue permanente (cf. ibid. p. 14). Lors des examens pratiqués par les différents experts, la nécessité de « *dormir énormément* » après chaque manifestation cardiaque a par ailleurs été notée (cf. rapport d'examen rhumatologique du 26 juillet 2016 p. 3), de même qu'une tendance à l'hypersomnie (cf. rapport d'examen psychiatrique du 27 juillet 2016 p. 4). Plus particulièrement, l'expert M._____ a évoqué un diagnostic différentiel de neurasthénie mais a précisé que celui-ci ne lui paraissait pas pertinent car faisant référence à une fatigue après des efforts psychiques ou physiques

minimes, alors que l'assurée pouvait assumer de longues périodes de lecture (cf. *ibid.* p. 6) ; il a dès lors conclu à un trouble de l'adaptation chez une assurée inquiète, qui réagissait plutôt par comportement d'épargne existentielle (cf. *loc. cit.*). Cela étant, il apparaît que les symptômes en cause – qu'ils soient qualifiés de somnolence, de fatigue ou d'hypersomnie – ont été pris en compte lors de l'expertise réalisée à la Clinique J._____, quoi qu'en dise la recourante. Du reste, cette dernière n'allègue pas et, *a fortiori*, ne démontre pas que les investigations évoquées par le Dr O._____ le 9 juin 2016 (mais dont on ne trouve cependant plus de trace dans le compte-rendu du 19 décembre 2016) auraient finalement mis en lumière des éléments susceptibles d'infirmier les conclusions des experts de la Clinique J._____. Partant, le grief soulevé se révèle donc infondé.

Compte tenu de ce qui précède, la Cour de céans s'en tiendra donc à l'appréciation des experts de la Clinique J._____ sur les plans de la rhumatologie, de la médecine interne et de la neurologie.

c) Reste à examiner le volet cardiologique de l'expertise, la recourante ayant à cet égard formulé des critiques tant quant au déroulement de l'examen que quant aux conclusions même de l'expert.

aa) En premier lieu, l'assurée a fait valoir que l'examen réalisé par l'expert F._____ s'était particulièrement mal passé et qu'elle s'était sentie humiliée par l'attitude de ce spécialiste. Elle a plus précisément allégué que ce dernier avait employé un ton méprisant à son égard, qu'il avait déclaré que « *le rapport du Dr O._____* » était faux et qu'il avait minimisé ses problèmes de santé, laissant entendre qu'elle devait consulter un psychiatre plutôt qu'un médecin somaticien. Elle a également soutenu que l'expert F._____ avait procédé à l'ensemble des examens en lui demandant de rester dénudée et qu'elle avait en particulier dû réaliser un test d'effort seins nus, ce qui n'était pas nécessaire et objectivement choquant (cf. mémoire de recours du 1^{er} mai 2017 p. 12 et déterminations du 12 novembre 2018 p. 1).

aaa) C'est ici le lieu de rappeler que selon la jurisprudence, un expert passe 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 rapporter. 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 de ces circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de la personne expertisée. La méfiance à l'égard de l'expert doit au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs (ATF 143 IV 69 consid. 3.2 ; 138 IV 142 consid. 2.1 ; 132 V 93 consid. 7.1 ; 125 V 351 consid. 3b/ee ; 123 V 175 consid. 3d et l'arrêt cité ; voir également TF 8C_531/2014 du 23 janvier 2015 consid. 6, in : SVR 2015 IV n° 23).

Le caractère formel de la violation du droit à une expertise indépendante conduit à exclusion, en tant que moyen de preuve, toute expertise ne possédant pas les qualités requises à ce niveau, indépendamment de l'aspect matériel (ATF 137 V 210 consid. 2.1.3 ; TF 8C_62/2019 du 9 août 2019 consid. 5.2).

bbb) Pour ce qui est du ton méprisant qu'aurait adopté l'expert F._____ envers l'assurée, force est de constater que la lecture attentive du rapport d'expertise du 13 septembre 2016 comme celle du volet cardiologique établi le 4 août 2016 ne fournissent aucun indice dans ce sens, le ton étant à tous égards neutre et mesuré. Notamment, quand bien même les conclusions de l'expert F._____ ne coïncident pas avec celles du Dr O._____ (cf. consid. 5c/bb infra), il n'est toutefois à aucun stade reproché au médecin traitant d'avoir établi un rapport médical « faux ». En outre, il apparaît certes que l'expert F._____ a estimé qu'il fallait évoquer une cause non cardiaque au plaintes de l'intéressée et s'est référé sur ce point au volet psychiatrique de l'expertise (cf. rapport du 4 août 2016 p. 4), étant ici rappelé qu'un trouble de l'adaptation avec manifestations psychogènes a été retenu par l'expert psychiatre (cf. consid. 5a supra). Pour autant, on ne lit à aucun moment que l'expert F._____ aurait dit à l'assurée de consulter un psychiatre plutôt qu'un

somaticien, l'assurée ayant vraisemblablement procédé sur ce point à une interprétation négative des propos de l'expert. Il apparaît par conséquent que les critiques de la recourante ne trouvent aucun fondement concret et que, son seul ressenti étant inopérant pour objectiver une prévention de l'expert F._____, on ne peut conclure sur cette base à un défaut de probité de la part de ce dernier.

Si la recourante a également critiqué le fait d'avoir dû se dénuder pour certains examens, en particulier un test d'effort, on constate qu'elle n'a cependant pas démontré que les examens en cause pouvaient être réalisés avec des vêtements et que, dans cette hypothèse, elle n'a pas davantage donné de précisions quant à d'éventuels paramètres qui auraient pu nécessiter le retrait de ses habits et plus spécifiquement de son soutien-gorge durant le test d'effort. C'est ici le lieu de souligner que différentes mesures doivent être respectées lors de la réalisation d'un test d'effort, notamment quant au placement des électrodes et à l'éloignement de tout élément conducteur, notamment métallique (cf. www.hug-ge.ch > Professionnels de la santé > Procédures médico-soignantes > Cardiovasculaire, sang et dérivés sanguins > Enregistrement ECG). On comprend ainsi que le port d'un soutien-gorge puisse, selon les circonstances, interférer avec la bonne réalisation de l'examen lorsque le vêtement empêche le bon positionnement des électrodes ou comporte une armature métallique. Or, rien au dossier ne permet d'exclure que de telles considérations aient pu entrer en ligne de compte dans le cas particulier. S'il est par ailleurs admissible que la recourante ait pu ressentir de l'embarras à l'idée de devoir retirer son soutien-gorge lors des examens en cause, la Cour observe néanmoins qu'au fil de ses écritures, l'intéressée n'a à aucun moment indiqué avoir fait explicitement part de sa gêne à l'expert cardiologue, ou avoir expressément demandé une solution alternative pour se couvrir la poitrine (linge, poncho, etc.), et avoir malgré tout été contrainte de rester seins nus. Cela étant, on peine à saisir que la recourante n'ait émis aucune plainte directe face à l'expert, lequel aurait cas échéant pu se montrer compréhensif ou à tout le moins expliquer sa position. En l'état du dossier, rien ne vient donc démontrer -

au degré de la vraisemblance prépondérante – que l'expert F._____ ait conduit son examen de manière contraire à l'éthique médicale.

On notera enfin que l'expert susdit a pour sa part déclaré ne pas se souvenir de difficultés particulières au cours de l'examen (cf. lettre du Dr X._____ du 14 septembre 2016 à l'OAI) et que, nonobstant les écritures échangées entre les parties concernées au cours de l'été 2016, il n'apparaît pas qu'une enquête ou autre mesure spécifique ait finalement été entreprise en lien avec le déroulement du volet cardiologique de l'expertise.

Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, force est de constater qu'aucune apparence de prévention ne peut en définitive être imputée à l'expert F._____.

bb) L'appréciation de l'expert cardiologue n'est pas davantage critiquable quant au fond.

aaa) Aux termes de son expertise, l'expert F._____ a posé les diagnostics de status après arrêt cardio-respiratoire réanimé, de maladie coronarienne mono-tronculaire (IVA), de status après dissection de l'IVA et recanalisation avec implantation de trois stents actifs, de status après implantation d'un défibrillateur sous pectoral gauche, de status après angioplastie et stenting des veines jugulaires et de la veine cave supérieure – étant précisé qu'aucun de ces diagnostics n'a été considéré comme incapacitant. En particulier, l'expert a relevé que le défibrillateur n'était, de par sa position, pas susceptible de perturber les gestes requis par l'activité d'esthéticienne ou de masseuse et que l'étude de cet appareil ne mettait de surcroît pas en évidence de fibrillation auriculaire ou ventriculaire, les palpitations décrites par l'assurée n'étant dès lors en aucun cas liées à d'authentiques fibrillations. L'expert F._____ a également précisé qu'un syndrome du QT long congénital était improbable, étant souligné que les tests pratiqués s'étaient avérés normaux. Il a ajouté que le syndrome de la veine cave supérieure constituait un effet collatéral de la pose du défibrillateur, qu'il avait été

corrigé et qu'il ne pouvait expliquer les quelques récurrences de congestion faciale rapportées par l'assurée. Pour l'expert, les plaintes de l'intéressée (palpitations, douleurs pseudo-angineuses, douleurs précordiales en lien avec la présence du défibrillateur) étaient certes plausibles et potentiellement d'origine organique après l'accident initial mais ne correspondaient plus, à l'heure actuelle, à la réalité somatique (cf. rapport d'expertise du 13 septembre 2016 p. 15 s.).

bbb) Rien au dossier ne vient remettre en question cette analyse.

On notera à cet égard que les examens réalisés par le Dr S._____ en mars 2013 ont montré une évolution favorable caractérisée par un rythme sinusal régulier à l'ECG, un bon fonctionnement du défibrillateur et une excellente capacité physique au test d'effort, celui-ci restant cliniquement et électriquement négatif pour une ischémie myocardique (cf. rapport du 19 mars 2013 du Dr S._____). De telles constatations contribuent donc, à l'évidence, à asseoir l'analyse de l'expert F._____. A cela s'ajoute que si le Dr H._____ a certes retenu une incapacité de travail totale en lien avec les troubles cardiaques, il n'a toutefois guère explicité sa position sur le sujet - que ce soit dans son rapport du 6 avril 2016 ou dans celui du 10 janvier 2017, étant rappelé que le rapport annoncé au stade du recours (cf. mémoire de recours du 1^{er} mai 2017 p. 13) n'a finalement jamais été produit. L'appréciation du Dr H._____, dépourvue de motivation, ne saurait donc infirmer celle, dûment étayée, de l'expert F._____. S'agissant des avis successifs émis par le Dr O._____ (cf. rapports des 12 avril 2013, 6 janvier 2014, 25 février 2016, 9 juin 2016 et 19 décembre 2016), la Cour de céans constate qu'ils reposent essentiellement sur les plaintes - par définition subjectives - de l'assurée et ne mentionnent aucun facteur objectif de nature cardiologique dont l'expert de la Clinique J._____ n'aurait pas tenu compte. Il s'agit, en d'autres termes, d'une simple appréciation différente d'une même situation, ce qui ne saurait suffire pour écarter les conclusions dûment motivées de l'expert F._____. Bien plus, on constate que les rapports du Dr O._____ des 25 février et 9 juin 2016 sont

inexactes en tant qu'ils évoquent des épisodes de fibrillation auriculaire en cours d'investigation chez le Dr H._____, ce dernier médecin n'en ayant pas fait mention dans les rapports au dossier et ayant au contraire confirmé, lors d'un entretien avec l'expert F._____, qu'aucun accès de fibrillation auriculaire n'avait été constaté lors des différents contrôles du défibrillateur (cf. rapport d'expertise cardiologique du 4 août 2016 p. 3). C'est par ailleurs en vain que la recourante s'est prévaluée du rapport établi le 18 mai 2016 par la Dre C._____ à l'issue d'un bilan hématologique, cette dernière se contentant d'y signaler l'absence d'éléments susceptibles de favoriser un événement thrombotique artériel ou veineux. De même, on ne peut rien tirer du rapport établi le 19 avril 2017 par la Dre W._____, l'existence d'une carence en protéine S étant suspectée mais non confirmée et ne comportant pas, du reste, un caractère intrinsèquement invalidant. Partant, force est de constater que les avis médicaux au dossier ne viennent en rien émailler les conclusions de l'expert F._____.

ccc) L'assurée a par ailleurs formulé plusieurs critiques à l'encontre de l'appréciation de l'expert cardiologue. Elle a ainsi soutenu que le rapport d'expertise contenait des constatations factuelles erronées et des lacunes, en particulier quant à la persistance de troubles du rythme cardiaque, à l'impact du syndrome de la veine cave supérieure, ainsi qu'à la persistance d'un phénomène de turgescence à l'effort moyen à léger. Elle a également reproché à l'expert F._____ d'avoir retenu que la thrombose de la veine cave supérieure avait été provoquée par la sonde du défibrillateur, alors plusieurs spécialistes dont un angiologue l'avaient totalement exclu. En outre, l'expert avait situé la grossesse extra-utérine en 2012 alors qu'elle avait eu lieu en 2010. A cela s'ajoutait que l'expert F._____ avait rendu un rapport extrêmement succinct et n'avait notamment pas mentionné le rapport du Dr H._____ du 6 avril 2016 (cf. mémoire de recours du 1^{er} mai 2017 p. 12 s.).

Ces critiques n'apparaissent toutefois pas fondées.

On ne peut en particulier reprocher à l'expert F._____ d'avoir conclu à l'absence d'épisodes de fibrillation, sur la base des relevés du défibrillateur. D'une part, ce point a été confirmé à l'expert lors de son entretien avec le Dr H._____, étant rappelé que le Dr S._____ avait précédemment déjà posé un constat similaire (cf. rapport du 19 mars 2013 p. 2). D'autre part, les relevés produits par la recourante à l'appui de son écriture du 27 janvier 2017 ne font pas état d'épisodes de fibrillation, mais mentionnent uniquement des épisodes de tachycardie supraventriculaire (SVT ou TSV). Il convient ici d'insister sur la distinction entre les différents troubles du rythme cardiaque. Notamment, on parle de fibrillation auriculaire lorsqu'une atteinte de l'activité électrique des oreillettes du cœur provoque des battements très rapides puis une tachycardie et souvent une arythmie. La tachycardie supraventriculaire est, quant à elle, caractérisée par des contractions des oreillettes faisant battre les ventricules rapidement et engendrant des palpitations rapides ressenties par le patient. Enfin, la fibrillation ventriculaire vise l'arythmie survenant lorsque les ventricules du cœur n'arrivent plus à se contracter et que les pulsations deviennent très rapides et totalement asynchrones avec éventuellement un arrêt du flux sanguin puis un arrêt cardiaque (cf. www.chuv.ch > Service de cardiologie > Patients et famille > Maladies traitées > Troubles du rythme cardiaque). Les pièces au dossier ne témoignant d'aucune fibrillation mais uniquement d'épisodes de tachycardie supraventriculaire, c'est dès lors à juste titre que l'expert F._____ a posé un tel constat (cf. rapport d'expertise du 13 septembre 2016 p. 15) et a retenu que le défibrillateur de l'assurée n'était jamais intervenu (cf. rapport d'expertise cardiologique du 4 août 2016 p. 4). Quant à l'évocation d'un sentiment de choc ou d'onde électrique à la poitrine le 19 janvier 2017 (cf. déterminations du 27 janvier 2017 p. 10), allégué sans autre précision et manifestement dépourvu de conséquences en l'état du dossier, rien ne permet d'y voir un élément pertinent mettant en cause l'appréciation de l'expert susdit.

Quoi qu'en dise la recourante, l'expert cardiologue a par ailleurs dûment tenu compte du syndrome de la veine cave supérieure ayant nécessité l'implantation d'un stent en 2015 (cf. rapport d'expertise

cardiologique du 4 août 2016 p. 4) mais a considéré que ce syndrome avait été corrigé et qu'il n'y avait pas là de trouble incapacitant (cf. rapport d'expertise du 13 septembre 2016 p. 13 et 15), ce que rien au dossier ne tend à infirmer. L'expert a en outre dûment rapporté la persistance de quelques récidives de congestion faciale, mais a indiqué qu'il n'y avait plus de syndrome cave pour les justifier (cf. rapport d'expertise du 13 septembre 2016 p. 15 s.), se positionnant ainsi sur les turgescences notées par les Drs O._____ et H._____. A cela s'ajoute qu'hormis les allégations - non étayées - de l'assurée se référant aux propos d'un angiologue (cf. déterminations du 27 janvier 2017 p. 7 et mémoire de recours du 1^{er} mai 2017 p. 13), aucun rapport médical au dossier ne vient contredire l'appréciation de l'expert F._____ selon laquelle le syndrome susdit constituerait un effet collatéral de la pose du défibrillateur, la Dre C._____ ayant du reste elle aussi envisagé cette origine (cf. rapport du 18 mai 2016 p. 4).

Peu importe, au surplus, que la grossesse extra-utérine ait eu lieu en 2010 et non en 2012 comme indiqué dans le rapport de l'expert, cet élément n'ayant pas de réelle incidence sur l'appréciation cardiologique. C'est encore en vain que la recourante reproche au rapport de l'expert F._____ d'être « *excessivement succinct* » car ne se référant pas explicitement au rapport du Dr O._____ du 6 avril 2016. Force est de relever, en effet, que le compte-rendu de l'expert cardiologue comporte un résumé global de la chronologie médicale (cf. rapport du 4 août 2016 p. 1 à 3), dont le détail figure dans le rapport de synthèse consensuel de la Clinique J._____ (cf. rapport d'expertise du 13 septembre 2016 p. 2 ss), que l'expert a ainsi manifestement eu accès au dossier médical de l'intéressée et qu'il s'est en outre personnellement entretenu avec le cardiologue traitant. On peut dès lors difficilement lui reprocher de ne pas avoir eu une vue suffisamment exhaustive de la situation.

Finalement, si la recourante a allégué que certains appareils utilisés dans le cadre de l'activité d'esthéticienne pouvaient interférer avec son défibrillateur (cf. déterminations du 27 janvier 2017 p. 9), se référant sur ce point aux dires de son cardiologue (cf. rapport d'examen

neurologique du 27 juillet 2016 p. 3), il reste qu'aucun avis spécialisé n'a été produit pour étayer ses allégations, alors même que l'expert F. _____ a expressément indiqué qu'il n'y avait pas d'élément actuellement faisant craindre une aggravation de la maladie cardiaque susceptible de se répercuter sur la capacité de travail dans la profession d'esthéticienne comme dans une autre activité adaptée (cf. rapport d'expertise cardiologique du 4 août 2016 p. 4).

Partant, les griefs émis par la recourante à l'encontre des conclusions de l'expert F. _____ ne peuvent qu'être rejetés.

d) Il découle de ce qui précède que rien au dossier ne permet de douter des conclusions des experts de la Clinique J. _____. Le rapport d'expertise du 13 septembre 2019 a par ailleurs été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et tient compte des plaintes de la recourante. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation sont claires et les conclusions dûment motivées. Cette expertise remplit par conséquent les conditions posées par la jurisprudence pour se voir reconnaître pleine valeur probante (cf. consid. 3c supra).

Sur la base de l'appréciation des experts de la Clinique J. _____, la Cour retiendra donc que la recourante s'est trouvée en incapacité complète de travail dès le 20 octobre 2011 mais qu'elle a ensuite récupéré une pleine capacité de travail dans toute activité dès la normalisation des explorations cardiovasculaires, en 2013, et qu'elle disposait en particulier d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle lors du dépôt de sa demande de prestations.

e) Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, on ne voit pas en quoi d'autres mesures d'instruction (expertise médicale judiciaire et audition de témoin [cf. mémoire de recours du 1^{er} mai 2017 p. 10]) seraient de nature à modifier les considérations qui précèdent. Il y a donc lieu d'y renoncer, par appréciation anticipée des preuves (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et 134 I 140 consid. 5.2 avec les références citées).

6. a) Compte tenu d'une incapacité totale dès le 20 octobre 2011, il apparaît que la recourante - sur la base d'un statut d'active à 80 % et ménagère à 20 % (cf. formulaire 531bis du 6 mars 2013) - aurait sur le principe pu prétendre à une rente d'invalidité à l'issue du délai d'attente légal d'une année (art. 28 al. 1 LAI), cela jusqu'à la régularisation intervenue au moment du dépôt de la demande de prestations. A cet égard, l'OAI s'est manifestement fondé sur la date du 12 février 2013, qui correspond à l'indexation du formulaire de demande de prestations par l'office intimé. Or, la jurisprudence retient que ce n'est pas la date de réception qui est déterminante dans un tel contexte mais bien la date d'envoi (TF 9C_573/2017 du 23 janvier 2018 consid. 5), dont rien ne permet en l'espèce d'inférer qu'elle n'aurait pas directement suivi la date apposée sur le formulaire en question, à savoir le 23 janvier 2013. Il en résulte la suppression de tout droit à la rente au 30 avril 2013, soit trois mois plus tard (art. 88a al. 2 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]), et non au 31 mai 2013 tel que retenu par l'intimé.

Peu importe néanmoins puisque, que conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente ne saurait en l'espèce prendre naissance qu'à compter du mois de juillet 2013, soit dès le sixième mois après le dépôt de la demande du 23 janvier 2013 - étant rappelé qu'à cet égard, seule la date d'envoi est décisive (TF 9C_573/2017 loc. cit.). Or, force est de constater que la recourante ne présentait plus d'atteinte incapacitante à la santé à l'échéance du délai prévu par l'art. 29 al. 1 LAI, en juillet 2013. Aucun droit à la rente ne peut donc lui être reconnu.

Compte tenu par ailleurs de la pleine capacité de travail dans son activité habituelle reconnue dès le dépôt de sa demande de prestations, la recourante ne saurait non plus prétendre à des mesures de réadaptation professionnelle. En particulier, le droit à une mesure de reclassement n'est pas ouvert en l'absence d'une perte de gain de 20 % environ.

Par voie de conséquence, c'est à juste titre que l'intimé a dénié le droit de la recourante aux prestations susdites.

b) Est rejetée la requête de suspension de la procédure formulée par la recourante à l'audience du 12 novembre 2019, dite requête ayant trait à la production d'une appréciation médicale relative à la situation actuelle de l'intéressée - soit un élément postérieur à la date de la décision attaquée qui délimite le cadre temporel de l'examen du juge (TF 9C_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 4 avec la jurisprudence citée). On ajoutera au demeurant qu'il reste loisible à la recourante, en cas d'aggravation de son état de santé après cette date, de déposer une nouvelle demande de prestations.

7. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe.

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g 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 15 mars 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Les frais de justice, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante.

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 Alexandre Lehmann (pour A. _____),
- 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 :