

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 mai 2011

Présidence de M. ABRECHT
Juges : MM. Berthoud et Perdrix, assesseurs
Greffier : M. Simon

Cause pendante entre :

R. _____, à Cossonay-Ville, recourante, représentée par Me Olivier Subilia, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 8 al. 1 et 16 LPGA; art. 4 al. 1, 17 al. 1 et 28 al. 2 LAI

E n f a i t :

A. a) R._____ (ci-après : l'assurée), née le 24 juillet 1980, célibataire, travaillait depuis 2003 comme agent de sécurité. En arrêt de travail à 100% depuis le 8 février 2008 en raison d'une maladie de Kienböck (nécrose aseptique du semi-lunaire du carpe) au stade III à IV au poignet gauche - selon rapport médical adressé le 10 avril 2008 à B._____, assurance d'indemnités journalières perte de gain maladie, par la Dresse H._____, spécialiste FMH en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, ainsi qu'en chirurgie de la main à Lausanne, et médecin traitant de l'assurée -, elle a déposé en date du 15 juillet 2008 une demande de prestations AI pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI).

b) Dans un rapport médical du 25 août 2008 adressé à l'OAI, la Dresse H._____ a notamment indiqué ce qui suit :

"Diagnostics avec effet sur la capacité de travail

Status 4 mois après résection de la 1^{ère} rangée du poignet gauche et dénervation partielle du carpe par résection du nerf interosseux postérieur pour une maladie de Kie[n]böck du poignet gauche stade III à IV, symptomatique depuis environ 2 ans, rebelle à tout traitement conservateur.

[...]

Anamnèse

Après avoir été suivie par les médecins susmentionnés, la patiente se présente la 1^{ère} fois à ma consultation le 05.02.08 pour 2 avis et surtout concernant le traitement chirurgical.

Sur le plan subjectif, la patiente se plaint de douleurs quasi permanentes exacerbées lors du moindre mouvement et surtout à l'effort. Elle décrit également des douleurs au repos et durant la nuit.

[...]

Symptômes actuels

On se trouve donc à 4 mois après l'intervention chirurgicale. La patiente se plaint de douleurs résiduelles cubito et médio-carpiennes exacerbées lors de certains mouvements. Depuis environ 6 semaines, elle présente également la symptomatologie d'une tendinite de De

Quervain vraisemblablement réactionnelle. Depuis environ 4 semaines, elle a également développé un lipome sur le versant latéro-externe de l'avant-bras gauche mesurant environ 1 cm de [diamètre], très sensible à la palpation.

[...]

Pronostic

Malgré une évolution lente et compliquée actuellement par une tendinite de De Quervain qui nécessitera vraisemblablement une cure chirurgicale (la patiente refuse pour le moment un traitement par infiltrations au Diprophos), j'espère une évolution favorable dans les semaines à venir.

1.5

Nature et importance du traitement actuel

Physiothérapie de rééducation intensive, AINS locaux dans le but d'améliorer la mobilité et la force de sa main et de son poignet gauches et également pour diminuer les douleurs résiduelles décrites ci-dessus.

Médication actuelle

Nisulid comprimé en réserve.

Lors de la prochaine consultation dans environ 4 semaines, nous réévaluerons une éventuelle indication pour une cure chirurgicale de tendinite de De Quervain au poignet gauche.

1.6

Incapacité de travail médicalement attestée de 20% au mois dans la dernière activité exercée en tant que :

100% dès le 08.02.08

1.7

Questions sur l'activité exercée à ce jour

Énumération des restrictions physiques, mentales ou psychiques existantes ?

Les travaux demandant l'utilisation répétitive et la force de sa main et de son poignet gauches.

[...]

1.9

Peut-on s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle [respectivement] à une amélioration de la capacité de travail ?

Oui, en cas d'un travail adapté, mais c'est encore trop tôt pour se prononcer, cf. réponse 1.5.

[...]

1.11

Informations supplémentaires, remarques et propositions

Vu la pathologie et l'importance de l'intervention chirurgicale, une réorientation professionnelle me paraît indispensable. Cette jeune femme sympathique se montre très intéressée à poursuivre ses études, je ne peux que la soutenir".

c) Dans un nouveau rapport médical du 16 décembre 2008, la Dresse H. _____ s'est prononcée comme suit sur l'évolution de l'état de santé de l'assurée depuis son rapport médical du 25 août 2008 :

"J'ai pu donc constater lors de la dernière consultation, une évolution lente mais tout de même satisfaisante sur le plan subjectif et objectif. A signaler, que la patiente a également subi une cure de De Quervain au poignet gauche, le 30.10.2008 (cf. PO) associée à une infiltration radio et cubito-carpienne à la Xylocaïne et Diprophos.

Lors de la consultation du 01.12.08, la mobilité du poignet gauche est de E/F 40-0-25 (72-0-44 à droite). Inclinaison radio-cubitale 18-0-24 (25-0-40 à droite). Pro-supination symétrique ddc. La force au dynamomètre de Jamar est de 28 kg/cm² à gauche, (45 à droite) Force au Key-Pinch est de 8 ¼ à gauche (10.5 à droite).

Sur le plan subjectif, la patiente signale des douleurs résiduelles sur le versant cubito-carpien du poignet gauche exacerbées à l'effort. Les douleurs sur le versant radial sont nettement diminuées. Le test de Finkelstein est négatif. La cicatrice sur le versant dorso-radial (cure de De Quervain) est encore adhérente et sensible à la palpation. On retrouve également un signe de Tinel parlant en faveur des adhérences à la hauteur d'une branche sensitive du nerf radial.

Remarques : Malgré une évolution lente et [tout] de même satisfaisante, je tiens encore une fois à confirmer que la patiente ne pourra certainement plus exercer les travaux demandant l'utilisation répétitive et la force de sa main/poignet gauche. Une réorientation professionnelle est certainement indiquée".

Dans un certificat médical du 13 janvier 2009, la Dresse H. _____ a indiqué que l'assurée pouvait reprendre le travail à 100% dès le 16 février 2009 dans une activité adaptée, ne comportant pas d'efforts ni de mouvements répétitifs des poignets.

d) Dans un rapport médical du 16 février 2009 adressé à la Dresse H. _____, le Dr M. _____, spécialiste FMH en médecine interne ainsi qu'en rhumatologie à Lausanne, a notamment indiqué ce qui suit :

"Mlle R. _____ a été opérée pour une maladie de Kienbö[c]k du poignet G au stade III à IV le 11.04.2008. Il persiste actuellement un

déficit de supination de la main G de plus 20 [et] la pronation est normale, à D la pro-supination est normale. La palpation de l'interligne articulaire radio-carpien du côté G est sensible où l'on palpe 2 voir[e] 3 kystes sur la partie dorsale. A D on palpe 2 kystes. Présence de craquements non-dououreux au moment de l'examen à la flexion dorsale et palmaire du poignet D. Pas de synovite.

Elle se plaint d'une limitation douloureuse des 2 épaules probablement par surcharge surtout à D lorsqu'elle avait une limitation fonctionnelle douloureuse plus importante du poignet G. Un syndrome sous-acromial me paraît probable des 2 côtés.

On relève également des douleurs au niveau péronéo-calcanéen ddc sans hyperémie, ni hyperthermie de l'articulation des 2 chevilles et sans lésion articulaire sur des radiographies standards.

Ceci survient chez une patiente présentant une surcharge pondérale massive avec une prise de poids de 60 kg en 6 ans (?) sans anomalie endocrinologique décelable. Elle souffre de céphalées persistantes depuis 2 ans ainsi que de troubles du sommeil. Il y a par ailleurs une claustrophobie et elle me signale un syndrome des apnées du sommeil. J'ai prescrit à la patiente un traitement antalgique principalement au niveau des épaules avec une mobilisation douce en décoaptation humérale, une tonification douce et une rééducation des muscles abaisseurs de l'épaule D en particulier en retenant le diagnostic de douleurs des 2 épaules avec un syndrome sous-acromial bilatéral.

Je n'ai pas prescrit de traitement particulier au niveau des 2 chevilles. Peut-être faudra-t-il en discuter dans un 2^{ème} temps.

Au plan socio-professionnel, je pense qu'au vu des limitations douloureuses indiscutables tant au niveau du poignet G que des 2 épaules ainsi que des chevilles une réadaptation professionnelle me semble indiquée raison pour laquelle j'envoie un double de ce rapport à l'Assurance Invalidité".

Le cas a été soumis au Service médical régional AI (ci-après: le SMR). Dans un avis médical SMR du 16 février 2009, le Dr F. _____ a retenu en conclusion que l'assurée présentait actuellement une pleine capacité de travail pour toute activité ne demandant pas l'utilisation répétitive de la force de la main et du poignet gauches, ceci de façon pérenne, et la même limitation fonctionnelle de façon temporaire pour la main droite.

e) Par courrier de son avocat du 16 avril 2009, l'assurée, répondant à un courrier de l'OAI du 31 mars 2009 qui lui demandait de se positionner clairement sur sa décision de suivre ou non une mesure d'intervention précoce, a indiqué qu'elle ne souhaitait en aucun cas retirer

sa demande AI ainsi que ses demandes d'intervention précoce et de mesures de réadaptation professionnelle. Elle a exposé que, n'ayant aucune formation particulière, elle avait travaillé pendant longtemps dans une entreprise de nettoyage puis dans une société de sécurité, comme agent de sécurité. Au vu de ses problèmes de santé, qui l'empêchaient notamment d'écrire longtemps ou d'effectuer des gestes répétitifs des poignets, elle n'était plus en mesure de travailler dans ces domaines, de même que dans de très nombreux autres emplois ne nécessitant pas de qualifications particulières. Elle a cependant exposé à l'OAI qu'elle voyait une possibilité de réadaptation dans la profession de détective privé, qui demeurait dans le domaine de la sécurité qu'elle avait déjà pratiqué mais qui demandait moins de force physique. Elle a ainsi sollicité l'aide de l'OAI pour le paiement de l'écolage, de l'ordre de 3'000 fr., pour une année de cours et de stage dans une école de détective privé à Lausanne.

f) Dans un nouveau rapport médical du 4 mai 2009 adressé à l'OAI, la Dresse H. _____ a exposé ce qui suit :

"Diagnostics avec effet sur la capacité de travail

Probable maladie de Kienböck débutante du poignet droit
Kyste arthrosynovial dorso-radial du poignet droit
Douleurs résiduelles et impotences fonctionnelles après résection de la 1^{ère} rangée du carpe et dénervation partielle du poignet pour une maladie de Ki[e]nböck stade III à IV selon Decoux du poignet gauche (le 11.04.2008).

Diagnosics sans effet sur la capacité de travail

Status après cure d'une ténosynovite de De Quervain du poignet gauche (le 30.10.2008).

[...]

Anamnèse

Voir le 1^{er} et surtout le 2^{ème} rapport pour l'AI du 16.12.08.

En ce qui concerne l'évolution et l'anamnèse du poignet gauche, la situation reste inchangée sur le plan subjectif et objectif. La patiente présente des séquelles sous forme de douleurs résiduelles sur le versant cubito et radio-carpien de son poignet gauche où l'on constate un empatement modéré sans gradient thermique. Les douleurs sont régulièrement exacerbées lors des mouvements répétitifs du poignet et surtout lors de l'effort.

[...]

En ce qui concerne son poignet droit, comme je l'avais déjà mentionné dans le 2^{ème} rapport, en cas d'échec du traitement conservateur au début de l'année 2009, je procéderai aux examens complémentaires. En effet, un examen radiologique du 13.01.2009 a mis en évidence une suspicion d'une maladie de Kienböck débutante. Le 06.04.2009, la patiente a subi un IRM du poignet droit confirmant un oedème spongieux du versant palmaire du semi-lunaire parlant en faveur d'une ostéonécrose focale (maladie de Kienböck débutante). Depuis cet examen, en raison de réexacerbation de la symptomatologie douloureuse aux deux poignets à prédominance droite, la patiente est mise à nouveau en incapacité de travail de 100%.

Actuellement, la patiente souffre de limitations fonctionnelles aux deux poignets sous forme de douleurs exacerbées lors de mouvements répétitifs surtout demandant l'effort.

Pronostic

En ce qui concerne le poignet droit (main dominante), on peut malheureusement craindre l'aggravation du status clinique et radiologique nécessitant un traitement chirurgical.

1.6

[Incapacité de travail médicalement attestée de 20% au mois dans la dernière activité exercée en tant que :]

100% dès le 06.04.2009

Les travaux demandant l'utilisation répétitive des deux poignets.

[...]

1.9

[Peut-on s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle respectivement à une amélioration de la capacité de travail ?]

Oui et seulement dans un travail parfaitement adapté, même un travail manuel léger, sans effort, n'ayant pas de mouvement répétitif des deux poignets et sans exposition au froid.

[...]

1.11

[Informations supplémentaires, remarques et propositions]

C'est la 3^{ème} fois en moins d'une année que je rempli[s] les rapports pour l'AI et je confirme une fois de plus que la patiente ne pourra certainement plus jamais exercer des travaux demandant l'utilisation répétitive et la force de sa main et de son poignet gauches et probablement de son poignet droit si la maladie de Kienböck continue à évoluer.

Une réadaptation professionnelle chez cette jeune femme est indispensable et pourrait être entreprise dès maintenant pour autant que l'on respecte les conditions mentionnées ci-dessus.

Mme R. _____ m'a fait part encore une fois de ses souhaits de suivre une nouvelle formation pour laquelle elle a besoin d'une aide financière. Ce souhait doit à mon avis être encouragé et soutenu".

g) Dans un avis médical SMR du 28 avril 2009, le Dr F. _____ a notamment exposé ce qui suit :

"La position du SMR concernant cette assurée de 28 ans, agente de sécurité dans son activité habituelle et atteinte d'une maladie de Kienböck au niveau du poignet gauche et de kyste arthrosynovial au niveau du poignet droit (suspicion de maladie de Kienböck non certifiée, voire même infirmée par la Dresse H. _____) n'est pas changée depuis l'avis médical en date du 16.02.09.

L'assurée a une capacité de travail nulle dans son activité habituelle mais une pleine capacité de travail dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles citées dans cet avis médical SMR. Les limitations fonctionnelles liées à la maladie de Kienböck du poignet gauche sont étendues pour le poignet droit.

[...]"

B. a) Le 5 juin 2009, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision de refus de rente d'invalidité et de reclassement professionnel. Il a constaté qu'il ressortait de l'instruction du dossier que la dernière activité d'agente de sécurité exercée par l'assurée n'était plus adaptée à son état de santé, mais que, dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, la capacité de travail de l'assurée était entière dès le 2 septembre 2008. A l'échéance du délai de délai de carence d'une année, soit le 2 septembre 2009, l'assurée présentait un degré d'invalidité de 6.32%, résultant de la comparaison d'un revenu annuel d'invalidé de 47'559 fr. - évalué sur la base des données statistique de l'Enquête suisse sur la structure des salaires pour des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), compte tenu d'un abattement de 10% justifié par les limitations fonctionnelles - avec le revenu annuel de 50'770 fr. que, sans atteinte à la santé, l'assurée aurait perçu dans son ancienne et dernière activité d'agent de sécurité. Or un tel degré d'invalidité n'ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité ni à des mesures professionnelles.

b) L'assurée, par son conseil, a contesté ce projet de décision par courrier du 9 juillet 2009, en concluant à sa réforme en ce sens qu'à tout le moins des mesures de reclassement lui soient octroyées.

c) Dans un avis médical SMR du 4 août 2009, le Dr Z. _____ a exposé ce qui suit :

"Sur le plan médical, la situation de cette assurée est parfaitement claire. Elle présente une atteinte des deux poignets justifiant les limitations fonctionnelles suivantes, attestées par la Dresse H. _____, spécialiste en chirurgie de la main:

- « pas de travaux demandant l'utilisation répétitive et la force des deux mains et des deux poignets. » (cf. rapport du 04.05.09, chiffre 1.11. page 3).

Ce médecin atteste qu'une réadaptation professionnelle est indispensable. Pour autant que les limitations fonctionnelles susmentionnées soient strictement respectées, l'exigibilité médicale dans cette activité adaptée est entière.

La date d'aptitude à la réadaptation est attestée formellement dès le 16.02.2009 par la Dresse H. _____ dans son certificat du 13.01.2009. Toutefois, dans son rapport du 16.12.2008, elle faisait déjà état d'une « évolution lente mais tout de même satisfaisante sur le plan subjectif et objectif » et mentionnait qu' « une réorientation professionnelle est certainement indiquée. » Nous étions alors à huit mois de l'intervention chirurgicale sur le poignet gauche et à six semaines de la cure de De Quervain. Une activité adaptée était donc médicalement possible à partir de mi-décembre 2008.

L'aggravation attestée par le certificat médical du 08.04.2009 a été transitoire et a justifié une incapacité de travail totale d'une durée de quatre semaines. Il ne s'agit donc pas d'une aggravation durable au sens de l'AI. Dans son rapport du 04.05.2009, la Dresse H. _____ confirme la pleine capacité dans une activité adaptée et la nécessité d'une réadaptation professionnelle.

En conclusion, sur le plan médical, cette assurée présente une capacité de travail nulle dans son activité habituelle depuis le 08.02.2008.

Elle présente une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, comme le SMR l'a attesté dans ses avis médicaux du 16.02.2009 et du 28.04.2009, depuis le 16.02.2009 au plus tard, théoriquement déjà depuis mi-décembre 2008".

d) Dans un avis du 18 novembre 2009, la Division réadaptation de l'OAI a indiqué qu'en tenant compte du fait que l'assurée avait une formation à l'Ecole professionnelle commerciale (sans obtention du CFC),

une expérience d'employée de commerce et de téléphoniste ainsi qu'une expérience dans le domaine de la sécurité, elle pouvait notamment exercer les activités professionnelles adaptées aux limitations fonctionnelles suivantes:

- Réceptionniste dans différents domaines professionnels
- Téléphoniste (Télémar[k]eting)
- Secrétaire/téléphoniste dans le domaine de la sécurité ([...], [...]....)
- Agente de sécurité sans besoin d'intervention physique (surveillance de site, contrôle technique en usine)
- Vendeuse (pas dans une grande surface en raison de travaux répétitifs et de mise en place)

En revanche, il fallait considérer qu'il n'existait pas d'activité répétitive en industrie habituelle légère correspondant aux limitations fonctionnelles de l'assurée.

e) Dans un rapport médical du 4 décembre 2009 adressé à l'OAI, la Dresse H. _____ a indiqué avoir procédé le 26 octobre 2009 en ambulatoire à l'excision d'un kyste arthrosynovial et synovectomie radio-scapho-lunaire face dorsale du poignet droit. Elle a confirmé que dans une activité parfaitement adaptée (même un travail manuel léger mais sans effort ni mouvements répétitifs des deux poignets et sans exposition au froid), on pouvait espérer une pleine capacité de travail dès le 7 décembre 2009.

f) Le 26 janvier 2010, l'OAI a informé le conseil de l'assurée de ce qu'il annulait son projet de décision du 5 juin 2009 pour les motifs suivants :

"Au plan économique, nous avons procédé à un nouveau calcul du revenu d'invalidé sur la base des salaires statistiques de l'ESS en ne prenant en compte que les activités du secteur des services, et non de la production.

La comparaison du montant ainsi obtenu avec le revenu sans invalidité débouche sur un taux d'invalidité de 14.5%, en soi toujours insuffisant pour ouvrir le droit à des mesures de reclassement.

Toutefois, compte tenu de l'âge de notre assurée, de ses limitations fonctionnelles relativement importantes ainsi que de sa motivation à suivre des mesures professionnelles, nous acceptons d'examiner à nouveau la possibilité de mettre en place des mesures de reclassement".

g) Le 18 mars 2010, l'OAI a adressé à l'assurée un nouveau projet de décision de refus de rente d'invalidité et de reclassement professionnel, dans lequel il exposait ce qui suit :

"• Selon les informations en notre possession, vous êtes en incapacité de travail continue depuis le 8 février 2008.

Suite à l'instruction de votre dossier, il ressort que votre dernière activité d'agente de sécurité n'est plus adaptée à votre état de santé. Par contre, dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, votre capacité de travail est entière.

- Notre service de réadaptation vous a donc proposé une mesure d'intervention précoce chez IPT à Lausanne que vous avez refusée. Par la suite notre conseiller vous a proposé une autre mesure mais vous n'avez pas donné suite à nos divers courriers.

- Notre office vous a donc envoyé un projet de décision en date du 5 juin 2009 que vous avez contesté et demandé d'obtenir des mesures de reclassement pour pouvoir retrouver une activité adaptée. Nous avons accepté votre demande et annulé notre projet.

- Par la suite, vous avez à nouveau été convoquée par notre conseiller en profession afin de vous soutenir dans une réinsertion et mettre en place des mesures professionnelles.

Durant l'entretien, différentes possibilités de réinsertions professionnelles ont été évoquées, mais vous n'avez retenu aucun domaine d'activité. Vous nous avez donc dit que votre état de santé ne vous permet pas d'effectuer une quelconque activité professionnelle, même adaptée à vos limitations fonctionnelles et que vous ne souhaitez pas une réadaptation professionnelle, mais l'octroi d'une rente.

- Cependant, au vu des éléments médicaux en notre possession, nous maintenons que votre capacité de travail est entière dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles. Soit comme réceptionniste, téléphoniste, secrétaire etc.

- Dans ces conditions, la poursuite d'un examen des mesures professionnelles n'a pas de sens vu que vous n'êtes pas en accord avec l'exigibilité et nous y mettons un terme.

- Par conséquent, nous ne pouvons que conclure par une approche théorique de gain. Votre préjudice économique est de 14.5% selon le calcul ci-dessous:

[...]

Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible

sans invalidité CHF 50'770.00

avec invalidité CHF 43'405.00

La perte de gain s'élève à CHF 7'365.00 = un degré d'invalidité de 14.5%

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité.

Le droit à des mesures professionnelles a été examiné, toutefois vu que vous n'êtes pas en accord avec l'exigibilité fixée elles ne peuvent pas être mises en place".

h) L'assurée a contesté ce projet de décision par courrier du 21 mai 2010, en produisant deux courriers adressés à son conseil par le Dr D._____, spécialiste FMH en chirurgie plastique et reconstructive ainsi qu'en chirurgie de la main, datés des 4 mars et 4 mai 2010, dans lesquels ce praticien a confirmé la maladie de Kienböck des deux côtés (nécrose vasculaire semi-lunaire) et dont il ressort en particulier ce qui suit :

"La radiographie du poignet à gauche a donné un index de Stahl à 0,5, c'est-à-dire une anatomie de l'os semi-lunaire à la limite du normal, malgré les troubles vasculaires visibles sur l'IRM du 6 avril 2009, du poignet droit, que la patiente m'a amené le 29 avril 2010. Ici, on s'aperçoit effectivement d'un oedème et de troubles vasculaires nets de l'os semi-lunaire, ainsi qu'un aplatissement du semi-lunaire, qui est un peu supérieur, c'est-à-dire avec un index de Stahl de 0.38 sur les tranches sagittales de cet examen. Par contre, celui-ci ne montre pas de kyste arthrosynovial, ni d'instabilité ligamentaire intercarpienne. On ne note pas non plus d'usure articulaire.

Il s'agit donc d'un Stade II, d'une maladie de Kienböck, c'est-à-dire sans perte significative de la hauteur du semi-lunaire, ni d'autre incongruence articulaire intra-carpienne. Comme le démontrent les valeurs cliniques, actuellement le poignet à droite, malgré indiqué plus douloureux que celui de gauche, présente cliniquement une meilleure fonction que celui traité par la résection de la première rangée du carpe du 11.04.2008.

Pour répondre à vos questions, j'ai donné à la patiente des questionnaires « DASH », que je joins à ce courrier. Ces questionnaires évaluent de façon subjective la fonction d'un membre supérieur. Comme vous pouvez le lire, la patiente indique des troubles élevés, c'est-à-dire une limitation de la fonction du membre

supérieur droit de 67.5%, du membre supérieur gauche même de 80.8%.

J'ai encore une fois réévalué les valeurs fonctionnelles ainsi que la force du poignet, qui étaient superposables avec celles constatées le 4 avril 2010 (voir page 1). Il manque clairement des éléments cliniquement objectivables pour expliquer une limitation subjective hautement élevée, indiqué par la patiente sur le questionnaire « DASH ».

Taux de capacité de travail actuel :

La patiente est droitère et présente une bonne mobilité de son poignet, accompagné d'une force qui est convenable pour les activités de la vie quotidienne. Vu qu'elle est droitère, il y a une capacité de travail de 50%, pour une activité qui ne nécessite pas la levée à répétition de poids lourds au-delà de 10 kg, ni l'obligation de serrer des pinces contre-résistance par exemple. Un travail pour découper des morceaux, lever des cartons, ranger de la marchandise, n'est par contre clairement pas exigible pour la patiente, puisqu'on ne peut pas ignorer les indications sur les deux questionnaires.

En conclusion :

Le diagnostic du poignet droit est celui d'une maladie de Kienböck Stade II, c'est-à-dire sans déformation significative, ni fragmentation de l'os semi-lunaire, accompagnée d'une éventuelle neuropathie du nerf interosseux postérieur après excision d'un kyste arthro-synovial dorsal.

Le taux de capacité de travail pour un travail adapté est estimé à 50%, en ce qui concerne les éléments cliniquement objectifs: Maladie de Kienböck à droite, Status après résection de la 1^{ère} rangée du carpe à gauche.

La prétention de l'OAI d'une capacité à 100%, me semble guère réaliste, cf. questionnaire « DASH »".

i) Dans un avis médical SMR du 16 août 2010, le Dr Z. _____ a exposé ce qui suit :

"Le 04.12.2009, la Dresse H. _____, spécialiste FMH en chirurgie de la main et médecin traitant de l'assurée pour l'affection de ses poignets, rapporte une symptomatologie douloureuse résiduelle aux deux poignets, exacerbée lors des mouvements répétitifs ou après l'effort. Sur le plan objectif, on constate une limitation de la mobilité en flexion / extension, plus marquée au poignet gauche qu'à droite. La pronation et la supination sont symétriques. La force est légèrement moindre à la main gauche qu'à droite. La Dresse H. _____ conclut que dans une activité parfaitement adaptée (travail manuel léger, sans effort ni mouvements répétitifs des deux poignets et sans exposition au froid) une pleine capacité de travail est exigible depuis le 07.12.2009. Ce rapport est complet et ses conclusions sont motivées et cohérentes.

Dans son rapport du 04.05.2010 rédigé à la demande de l'avocat de l'assurée, le Dr D._____, spécialiste en chirurgie de la main, rapporte également des douleurs des deux poignets et constate des valeurs de mobilité des deux poignets, ainsi qu'une mesure de la force superposables à celles mentionnées en décembre 2009 par la Dresse H._____. Sur le plan objectif, il n'y a pas d'aggravation entre ces deux rapports et il n'y a donc pas d'argument pour motiver des nouvelles limitations fonctionnelles, ni une réduction de la capacité de travail dans une activité adaptée. Le Dr D._____ a fait remplir le questionnaire « DASH » à l'assurée. Il s'agit d'une auto-évaluation de la fonction du membre supérieur. Il rapporte une « limitation subjective hautement élevée, indiquée par la patiente ». C'est sur cette base qu'il conclut qu'une capacité de travail à 100% ne lui semble guère réaliste. Or ce questionnaire d'auto-évaluation, par définition purement subjectif, doit être interprété avec la plus grande réserve dans le cadre d'un conflit asséculoologique.

Le Dr D._____ constate « une bonne mobilité de son poignet, accompagné d'une force qui est convenable pour les activités de la vie quotidienne » ; cependant, il fixe, de manière surprenante, la capacité de travail à 50% dans une activité adaptée, sans fournir une justification médicale objective.

En conclusion, le Dr D._____ apprécie la capacité de travail différemment de la Dresse H._____, essentiellement parce qu'il attache une importance prépondérante aux résultats purement subjectifs d'un questionnaire d'auto-évaluation, les éléments objectifs d'appréciation étant par ailleurs les mêmes. Nous ne pouvons de ce fait pas nous rallier à ses conclusions. Nous maintenons une exigibilité de 100% dans une activité adaptée, conformément à l'avis dûment motivé de la Dresse H._____ et nous laissons le soin aux réadaptateurs de définir concrètement cette activité".

j) Le 23 août 2010, l'OAI a rendu une décision de refus de rente et de reclassement professionnel dont la motivation était identique à celle de son projet de décision du 18 mars 2010 (cf. lettre B.g supra). Cette décision était accompagnée d'une lettre explicative également datée du 23 août 2010 dans laquelle l'OAI précisait les raisons pour lesquelles son projet de décision du 18 mars 2010 devait être confirmé.

C. a) L'assurée, représentée par l'avocat Olivier Subilia, a recouru contre cette décision par acte du 27 septembre 2010, posté le même jour, en concluant avec suite de frais et dépens principalement à la réforme de la décision attaquée dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité avec effet rétroactif, et subsidiairement à ce que des mesures de reclassement professionnel soient ordonnées en fonction d'une capacité résiduelle de travail de 50%, la rente entière d'invalidité - qui doit selon elle lui être accordée sur la base d'une incapacité de travail de 100%

tant que les mesures de reclassement n'auront pas été mises en place - étant adaptée en conséquence dès la mise en place de ces mesures.

A l'appui de son recours, la recourante a produit une lettre adressée le 29 juin 2010 au médecin-conseil de B._____ par la Dresse H._____, dans laquelle celle-ci indique que « je dirais tout de même que je partage parfaitement l'avis de mon collègue, le Dr D._____ y compris le taux d'incapacité de travail, au vu de la situation actuelle, qui ne peut pas dépasser 50%, même pour les travaux adaptés manuels, légers [...] ». Elle a également produit un courrier de B._____ du 15 juin 2010, dans lequel celle-ci indique qu'« [a]près examen des derniers documents qui nous ont été remis, il appert que l'affection diagnostique « maladie de Kienböck » est confirmée par le Dr D._____, et pénalise toute reprise d'une activité lucrative », si bien qu'elle accepte de reprendre ses versements stoppés au 14 octobre 2009 et ce jusqu'au 27 mars 2010, date à laquelle l'assurée a épuisé son droit aux prestations contractuelles.

La recourante estime ainsi qu'hormis ceux du SMR, tous les avis médicaux seraient concordants en ce sens que la recourante présente à tout le moins une incapacité de travail de 50%, même dans une activité adaptée et cela en tenant compte uniquement des éléments cliniques objectifs.

La recourante s'est acquittée de l'avance de frais de 400 fr. qui lui a été demandée.

b) Dans sa réponse du 10 janvier 2011, l'OAI indique qu'en l'état du dossier, il n'a rien à ajouter à la décision du 23 août 2010, ainsi qu'à sa lettre d'accompagnement du même jour, qu'il ne peut que confirmer. Il propose dès lors le rejet du recours.

c) Dans sa réplique du 23 février 2011, la recourante fait valoir que l'avis médical SMR du 16 août 2010 n'est ni objectif ni cohérent. En effet, pendant de nombreux mois, le SMR a contesté toute validité probante aux rapports médicaux émis par la Dresse H._____, allant

même jusqu'à nier le diagnostic posé au poignet droit de maladie de Kienböck ; puis, alors que la recourante lui soumet un rapport d'un autre médecin spécialiste attestant non seulement du diagnostic posé mais également d'une incapacité de travail certaine, le SMR tente finalement de se fonder sur une partie d'une phrase sortie de son contexte d'un rapport de la Dresse H. _____ datant au surplus de début décembre 2009 pour contester toute valeur probante à ce nouveau rapport. Or dans son rapport du 4 décembre 2009, la Dresse H. _____ mentionnait que, si l'évolution actuelle du poignet droit était plutôt favorable, on pouvait malheureusement craindre l'aggravation du status clinique et on constatait une fatigabilité importante globale de la main dominante et une impotence fonctionnelle résiduelle ; elle indiquait en outre qu'une réadaptation professionnelle était indispensable. C'est dans ces conditions que la Dresse H. _____ a mentionné dans son rapport que, dans une activité parfaitement adaptée, on pouvait espérer une pleine capacité de travail dès le 7 décembre 2009. Malheureusement et malgré les demandes de la recourante en ce sens, l'OAI n'est jamais entré en matière sur des mesures de reconversion professionnelle. En outre et comme l'attestent les rapports médicaux de la Dresse H. _____ du 29 juin 2010 et du Dr D. _____ du 4 mai 2010, qui sont postérieurs au rapport mentionné par le SMR, la recourante n'a pas pu recouvrer une capacité de travail entière, même dans une activité adaptée, étant précisé que le cas de la recourante a également été soumis au médecin conseil de l'assurance perte de gain B. _____, qui a admis une incapacité de travail. La recourante estime ainsi que rien, hormis l'avis du SMR qui ne l'a jamais examinée, ne permet de contester les rapports médicaux concordants d'à tout le moins deux spécialistes. Elle maintient par conséquent les conclusions prises dans son recours le 27 septembre 2010 et produit en outre un nouveau rapport médical de la Dresse H. _____ du 23 novembre 2010, dont il ressort ce qui suit :

"Le 22.09.2010, Madame R. _____ m'a consultée pour la première fois pour une tendinite de De Quervain au poignet droit, symptomatique depuis 5 à 6 mois, rebelle au traitement conservateur. Selon les dires de la patiente, le Dr D. _____ a déjà procédé à une infiltration, vraisemblablement de Cortisone, qui a apporté un résultat satisfaisant durant 3 à 4 mois. Etant donné ce contexte, l'indication pour une cure chirurgicale a été posée. Celle

intervention a été effectuée le 27.09.2010 à la Clinique Bois-Cerf, sous anesthésie endoveineuse, traitement ambulatoire (cf. copie en annexe).

Les suites opératoires ont été simples, l'évolution favorable sur le plan subjectif et objectif. J'ai terminé le traitement de cette intervention lors de ma consultation du 01.11.2010.

Je peux donc confirmer une incapacité de travail à 100% dès le 27.09.2010 jusqu'au 01.11.2010.

Etant donné qu'il n'y a pas de changement en ce qui concerne la situation du poignet droit, en raison de sa maladie de Kienböck, on peut considérer son incapacité de travail à 50% même pour des travaux adaptés, manuels et légers dès le 02.11.2010 (cf. derni[er] rapport pour l'assurance B. _____ du 29.06.2010)".

d) Le 1^{er} mars 2011, le juge instructeur a informé les parties que, l'instruction apparaissant complète, la cause était gardée à juger et le dossier serait prochainement mis en circulation auprès de la cour.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale sur l'assurance-invalidité, RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la

procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) Il s'ensuit que la cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGGA) et dans les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGGA notamment) par R. _____ contre la décision rendue le 23 août 2010 par l'OAI.

S'agissant d'une contestation relative notamment à l'octroi d'une rente de l'AI, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (Exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47) et la cause doit en conséquence être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979, RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c p. 417, 110 V 48 consid. 4a, RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, le litige porte sur l'évaluation de la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée, qui est déterminante pour la fixation du degré d'invalidité (cf. art. 16 LPGGA). En revanche, la recourante ne conteste pas les éléments économiques du calcul du degré d'invalidité effectué par l'OAI, à savoir d'une part le revenu sans invalidité et d'autre part le revenu hypothétique d'invalidité calculé sur la base des

données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires pour des activités simples du secteur des services, seule l'exigibilité à 100% d'une telle activité étant litigieuse.

3. a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 in fine LAI). En vertu de l'art. 7 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.

Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40% au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière.

Aux termes de l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend nécessaire cette mesure et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Selon la jurisprudence, est réputé invalide au sens de l'art. 17 al. 1 LAI l'assuré qui, du fait de la nature et de la gravité de l'atteinte à sa santé après la survenance de celle-ci, subit une perte de gain permanente ou durable d'environ 20%

dans les activités lucratives qu'on peut encore attendre de lui sans formation professionnelle complémentaire (ATF 124 V 108; RCC 1984 p. 95; VSI 1997 p. 79; VSI 2000 p. 63).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). 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 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1; TF I 53/06 du 22 mars 2007 consid. 5; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

c) L'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et les

références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

4. a) En l'espèce, il résulte de manière concordante de l'ensemble des rapports médicaux au dossier - à savoir des rapports médicaux de la Dresse H._____, spécialiste FMH en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, ainsi qu'en chirurgie de la main, des 10 avril 2008 (cf. lettre A.a supra), 25 août 2008 (cf. lettre A.b supra), 16 décembre 2008 (cf. lettre A.c supra), 13 janvier 2009 (cf. lettre A.c supra), 4 mai 2009 (cf. lettre A.f supra), 4 décembre 2009 (cf. lettre B.e supra), 29 juin 2010 (cf. lettre C.a supra) et 23 novembre 2010 (cf. lettre C.c supra), du rapport médical du Dr M._____, spécialiste FMH en médecine interne ainsi qu'en rhumatologie, du 16 février 2009 (cf. lettre A.d supra), et des courriers du Dr D._____, spécialiste FMH en chirurgie plastique et reconstructive ainsi qu'en chirurgie de la main, des 4 mars 2010 et 4 mai 2010 (cf. lettre B.h supra) - que la recourante présente un status après résection de la première rangée du carpe et dénervation partielle du carpe pour une maladie de Kienböck de stade III à IV du poignet gauche, opéré le 11 avril 2008, et une maladie de Kienböck de stade II au poignet droit. Elle présente également un status après cure de De Quervain au poignet gauche le 30 octobre 2008 et au poignet droit le 27 septembre 2010, chacune de ces cures n'ayant toutefois entraîné qu'une incapacité de travail transitoire de moins de trois mois et n'ayant ainsi pas de répercussion durable sur la capacité de travail.

b) Selon les constatations tant de la Dresse H._____ que du Dr D._____, la recourante présente, en raison de ces atteintes, des limitations fonctionnelles aux deux poignets sous forme de douleurs exacerbées lors de mouvements répétitifs surtout demandant l'effort (rapports des 4 mai 2009 et 4 mai 2010 ; cf. lettres A.f et B.h supra). Le poignet droit, bien qu'il soit indiqué plus douloureux que celui de gauche, présente cliniquement une meilleure fonction que ce dernier, traité par la résection de la première rangée du carpe du 11 avril 2008 ; la recourante, qui est droitère, présente une bonne mobilité de son poignet droit, accompagnée d'une force qui est convenable pour les activités de la vie

quotidienne (rapport du 4 mai 2010 ; cf. lettre B.h supra). Comme l'a relevé le Dr Z._____ dans son avis médical SMR du 16 août 2010 (cf. lettre B.i supra), la Dresse H._____ (rapports des 4 mai 2009 et 4 décembre 2009 ; cf. lettres A.f et B.e supra) et le Dr D._____ (rapport du 4 mai 2010 ; cf. lettre B.h supra), tous deux spécialistes en chirurgie de la main, font état de constatations objectives superposables en ce qui concerne les valeurs de mobilité des deux poignets ainsi que la mesure de la force. Il résulte par ailleurs du dernier rapport médical de la Dresse H._____ du 23 novembre 2010 (cf. lettre C.c supra) qu'il n'y a pas eu de changement entre-temps, hormis la cure chirurgicale du 27 septembre 2010, dont l'évolution a été favorable et qui a entraîné une incapacité de travail transitoire de cinq semaines.

c) Compte tenu des constatations objectives et des limitations fonctionnelles qui viennent d'être rappelées, la Dresse H._____ a estimé que la recourante présentait, en tout cas depuis le mois de février 2009 (soit à l'échéance du délai de carence d'une année de l'art. 28 al. 1 LAI), une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, c'est-à-dire dans un travail sans effort ni mouvement répétitif des deux poignets et sans exposition au froid (rapports des 13 janvier 2009, 4 mai 2009 et 4 décembre 2009 ; cf. lettres A.c, A.f et B.e supra). Cette conclusion est parfaitement cohérente avec les constatations objectives et les limitations fonctionnelles décrites tant par cette spécialiste que par le Dr D._____ (cf. consid. 4b supra) et doit être retenue de préférence à l'appréciation du Dr D._____ du 4 mai 2010 (cf. lettre B.h supra), à laquelle la Dresse H._____ a par la suite déclaré se rallier sans autres explications, bien qu'aucune modification de la situation ne soit intervenue (cf. rapports des 29 juin 2010 et 23 novembre 2010, lettres C.a et C.c supra).

En effet, l'appréciation d'une capacité de travail limitée à 50% dans une activité parfaitement adaptée aux limitations fonctionnelles décrites - telle que les activités de réceptionniste dans différents domaines professionnels, de téléphoniste (télémarketing) ou de secrétaire/téléphoniste, etc. mentionnées par les spécialistes en réadaptation de l'OAI (cf. lettre B.d supra) - est en contradiction avec les

constatations objectives, notamment la constatation selon laquelle la recourante présente une bonne mobilité de son poignet droit, avec une force qui est convenable pour les activités de la vie quotidienne et qui doit donc l'être aussi pour une activité professionnelle adaptée. Cette appréciation n'est en outre étayée par aucune justification médicale objective, le Dr D._____ se contentant d'exposer que l'exigibilité de 100% retenue par l'OAI ne lui semble guère réaliste au regard des questionnaires « DASH » remplis par la recourante, qui mettent en évidence des limitations subjectives élevées (rapport du 4 mai 2010 ; cf. lettre B.h supra). Or de tels questionnaires d'auto-évaluation, qui évaluent de façon purement subjective la fonction d'un membre supérieur, doivent être interprétés, dans le cadre d'un conflit asséculo-logique, avec une réserve d'autant plus grande qu'ils s'écartent des constatations objectives, comme c'est le cas en l'espèce où le Dr D._____ a relevé qu'il manquait clairement des éléments cliniquement objectivables pour expliquer les limitations subjectives élevées indiquées par la recourante (rapport du 4 mai 2010 ; cf. lettre B.h supra).

d) Sur le vu de ce qui précède, la décision attaquée échappe à la critique en tant qu'elle retient que la recourante présente une capacité de travail raisonnablement exigible de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, telles que celles mentionnées par les spécialistes en réadaptation de l'OAI. On relèvera qu'il importe peu à cet égard que la B._____, assureur d'indemnités journalières perte de gain, ait finalement accepté de reprendre ses versements, qu'elle avait stoppés au 14 octobre 2009, pour une durée de quelque six mois, la recourante ayant épuisé au 27 mars 2010 son droit aux prestations contractuelles (cf. lettre C.a supra).

e) Dès lors que la recourante est en mesure de réaliser, dans des activités lucratives qu'on peut attendre d'elle sans formation professionnelle complémentaire, un revenu dont la comparaison avec celui qu'elle aurait pu percevoir sans atteinte à la santé (art. 16 LPG) fait apparaître un degré d'invalidité de 14.5% (cf. lettres B.g et B.j supra), elle n'a pas droit à une rente d'invalidité ni à des mesures professionnelles (cf.

consid. 3a supra). Le recours se révèle mal fondé et doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

5. 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 ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 23 août 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de la recourante R._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Olivier Subilia, avocat à Lausanne (pour R. _____)
- 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).

Le greffier :