

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 octobre 2018

Composition : Mme BERBERAT, présidente
M. Oppikofer et Mme Pelletier, assesseurs
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

Z. _____, à [...], recourant, représenté par CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA,

et

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

Art. 8 et 28 LAI

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1986, informaticien de profession, a été victime d'un accident non professionnel le 23 avril 2015, alors qu'il se trouvait en période de chômage. Lors d'un match de football, il a été violemment percuté par un autre joueur et a présenté des douleurs au niveau de l'épaule droite et de la hanche gauche. Cet événement a été annoncé à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA), qui a pris en charge le cas et a versé les prestations légales.

L'assuré a consulté les urgences de l'Hôpital [...] le 29 avril 2015, se plaignant de douleurs à l'épaule droite et à la hanche gauche. Le diagnostic de contusion de l'épaule a été retenu.

L'ultrasonographie de l'épaule droite effectuée le 1^{er} mai 2015 était dans les normes et n'a notamment pas montré de tendinopathie.

Sur la base d'une IRM de l'épaule droite réalisée le 27 mai 2015, le Dr Y._____, spécialiste en radiologie, a conclu à une suspicion de capsulite rétractile, à des signes d'entorse de l'articulation acromioclaviculaire, à une tendinose avec un aspect effiloché du sus-épineux, mais sans franche déchirure, ainsi qu'à une légère bursite sous acromio-delhoïdienne.

Le Dr B._____, médecin praticien et médecin traitant de l'assuré, a attesté une totale incapacité de travail dès le 29 avril 2015. Dans un rapport médical initial LAA du 10 juillet 2015, il a posé le diagnostic de capsulite et déchirure du sus-épineux de l'épaule droite, post-traumatique. Dans un rapport intermédiaire du 4 septembre 2015, il a précisé que la durée de l'évolution était disproportionnée.

L'assuré a été examiné le 17 septembre 2015 par le Dr N._____, médecin praticien spécialiste en médecine physique et

réhabilitation, et médecin d'arrondissement à la CNA. Celui-ci a relevé que le bilan radio-clinique mettait en évidence des signes d'entorse de l'articulation acromio-claviculaire ainsi qu'un aspect effiloché du supra-épineux avec une bursite d'accompagnement. Il a constaté une évolution défavorable avec la persistance des douleurs à la moindre sollicitation mécanique de l'épaule, une récupération incomplète des amplitudes articulaires, ainsi qu'un retentissement fonctionnel estimé comme important par l'assuré, empêchant toute reprise professionnelle. Il suspectait que l'étendue des lésions de la coiffe des rotateurs avait pu être sous-estimée et a conclu à la nécessité d'examen complémentaires.

Dans un rapport du 19 novembre 2015, le Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a diagnostiqué, dans un premier temps, des douleurs chroniques de l'épaule droite dans le cadre d'une tendinopathie du supra-épineux droit, d'une suspicion de lésion labrale de type SLAP et d'une entorse acromio-claviculaire droite de grade I. Après avoir fait réaliser une arthro-IRM de l'épaule droite, il a posé, dans un rapport médical du 4 décembre 2015, les diagnostics de lésion partielle du tendon supra-épineux droit et de status post-entorse acromio-claviculaire droite de récupération complète. Dans la mesure où la lésion du tendon supra-épineux intéressait moins de 50 % de l'épaisseur du tendon, il a proposé de poursuivre le traitement conservateur et les séances de physiothérapie. Il a encouragé l'assuré à reprendre ses activités en évitant les efforts et la mobilisation répétés de l'épaule au-dessus du buste. Il a en outre indiqué ce qui suit :

« En raison des séquelles liées à la lésion du tendon supra-épineux, le patient est actuellement en incapacité complète à effectuer des efforts (maximum deux à cinq kilos, ou une activité professionnelle nécessitant une mobilisation répétitive de l'épaule au-dessus du buste). Dans son activité actuelle d'ingénieur en informatique, le patient étant amené à faire des efforts avec cette épaule, il est actuellement à 100 % d'arrêt de travail attesté par son médecin-traitant. Au vu du délai d'évolution, je recommande une réorientation professionnelle. »

Le 19 novembre 2015, la situation de l'assuré a été annoncée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) dans le cadre de la détection précoce. Il ressort du formulaire

déposé ainsi que du rapport de l'entretien du 9 décembre 2015 que l'assuré avait également subi une fracture de la main droite en novembre 2014, qui avait entraîné une totale incapacité de travailler du 3 novembre 2014 au 9 mars 2015.

L'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI le 5 janvier 2016.

L'examen réalisé le 6 avril 2016 par le Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et médecin d'arrondissement à la CNA, a montré une mobilité correcte de l'épaule droite et suggéré de probables autolimitations importantes.

L'assuré a séjourné du 31 mai au 5 juillet 2016 à la X._____. (ci-après : X._____.). L'avis de sortie du 8 juillet 2016 et le rapport du 29 juillet 2016 indiquaient comme diagnostic principal des thérapies physiques et fonctionnelles pour omalgies chroniques de l'épaule droite et comme diagnostics complémentaires un traumatisme direct de l'épaule droite le 23 avril 2015 avec une lésion partielle du tendon du muscle supra-spinatus droit et une entorse acromio-claviculaire droite, ainsi qu'une contusion des deux chevilles le 21 juin 2016 et, comme antécédent, un status post-fracture du cinquième métacarpien droit en novembre 2014. Les différents rapports établis dans le cadre de ce séjour ont fait état d'une discordance entre ses plaintes concernant la douleur et son comportement en groupe, l'examen clinique ainsi que le bilan radiologique, l'assuré se montrant très démonstratif et présentant beaucoup d'auto-limitations dès l'apparition de douleurs. Hormis la douleur, l'assuré s'est plaint de maux de tête, de troubles de la concentration et d'apathie ; aucun nouveau diagnostic n'a cependant été posé au cours du séjour, en particulier aucune psychopathologie n'a été retenue. Les médecins de la X._____ ont conclu à une reprise du travail à 100 % dès le 6 août 2016, estimant que sa situation médicale serait alors stabilisée, et renaient les limitations fonctionnelles provisoires suivantes : pas de mouvement répétitif au-dessus du plan horizontal au

niveau des épaules, pas de port de charges au-dessus des épaules également ; le port de charges n'était pas limité dans les autres mouvements.

Dans une attestation médicale du 19 août 2016, le Dr B. _____ a prolongé l'arrêt de travail de l'assuré jusqu'au 31 août 2016 en vue de faire des examens complémentaires.

Le Dr G. _____, spécialiste en neurologie, a retenu, dans un rapport du 22 août 2016, les diagnostics de pseudo parésie du membre supérieur droit et status après traumatisme de l'épaule droite le 23 avril 2015. Il a mentionné être frappé par l'absence d'amyotrophie de la musculature scapulaire à droite et a estimé que la force du membre supérieur droit était parfaitement dans la norme. Il en a conclu qu'il s'agissait d'une pseudo parésie due à une non contraction maximale de la part du patient des muscles du membre supérieur droit.

Dans un rapport médical du 31 août 2016, le Dr C. _____ a attesté une évolution défavorable, les douleurs à l'épaule droite étant persistantes et désormais accompagnées d'un déficit fonctionnel. Il a estimé qu'une reprise d'activité professionnelle mettant à contribution l'épaule droite semblait compromise et qu'il était préférable d'envisager une reconversion professionnelle dans une activité avec un effort maximal de 2-5kg, sans mobilisation répétitive du membre supérieur droit, ni mobilisation de l'épaule au-dessus du buste.

Le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) s'est déterminé dans un avis du 31 août 2016. Il s'est référé au rapport du Dr C. _____ du 3 février 2016 (sic) faisant état d'une diminution des douleurs par le traitement de physiothérapie, une récupération fonctionnelle partielle, une mobilisation de l'épaule droite complète et symétrique, ainsi qu'une coiffe compétente et indolore. Le SMR a estimé que les limitations fonctionnelles retenues par le Dr C. _____ (pas de port de charges supérieures à 2,5 kg, ni de mobilisation répétitive de l'épaule droite, ni de mobilisation de l'épaule droite au-

dessus du buste) étaient parfaitement compatibles avec le métier d'ingénieur informaticien. Il a conclu que l'assuré présentait une récupération satisfaisante permettant pleinement l'exercice de son activité habituelle dès le 3 février 2016, avec une pleine capacité de travail et un rendement plein.

Dans un rapport médical du 23 septembre 2016, le Dr C. _____ a constaté que la nouvelle arthro-IRM réalisée démontrait une lésion tendineuse stable et toujours de taille limitée. Il proposait de poursuivre le traitement conservateur. Au vu du délai d'évolution et des douleurs à l'effort persistantes, il jugeait préférable d'envisager une activité professionnelle sans effort, au maximum 5 kg, sans mobilisation répétée du membre supérieur droit, ni mobilisations de l'épaule droite au-dessus du buste.

Par décision du 27 septembre 2016, la CNA a déclaré qu'elle cessait le versement de l'indemnité journalière à partir du 8 août 2016, date à partir de laquelle l'assuré était capable de travailler à 100 % dans son activité habituelle.

Dans le cadre de l'opposition qu'il a formée contre cette décision, l'assuré a transmis des rapports complémentaires établis par le Dr B. _____ les 20 et 29 septembre 2016. Celui-ci attestait que les postes occupés par l'assuré comprenaient une majorité de tâches physiques et préconisait une réorientation professionnelle dans un métier de services informatiques, solution qui lui semblait la plus pragmatique compte tenu de la discordance d'avis entre le Dr C. _____, qui estimait que la limitation d'amplitudes de l'épaule droite était d'origine mécanique, et le Dr G. _____, qui concluait à une origine non organique. Il a mentionné que la capacité de travail était totale dans une activité n'exigeant pas le soulèvement de charges de plus de 5 kg, ni de travailler avec les bras au-dessus de la tête de manière répétée ou encore de faire des efforts répétés avec le membre supérieur droit. Il a précisé que la part d'efforts physiques liés au poste de travail (travailler avec les bras au-dessus de la

tête de manière répétée, ainsi que faire des efforts avec son membre supérieur droit) ne pouvait excéder 20 %.

Dans un rapport médical intermédiaire LAA du 31 octobre 2016, le Dr C._____ a émis un pronostic favorable pour les activités légères et réservé pour les activités lourdes, précisant qu'il fallait s'attendre à des douleurs aux efforts répétés. Il proposait un traitement conservateur, sous forme de physiothérapie et d'anti-inflammatoires.

Le 11 janvier 2017, l'assuré a été à nouveau examiné par le Dr S._____, qui a fait l'appréciation suivante :

« [...] Subjectivement, l'assuré garde des douleurs de l'épaule D [réd. : droite] lors du port de charges ou la mobilisation de sa ceinture scapulaire. Des réveils nocturnes sont mentionnés lors du décubitus latéral D prolongé. L'assuré concède toutefois une légère amélioration de la douleur depuis avril 2016.

Objectivement, l'épaule D ne fait l'objet d'aucune amyotrophie. Sa mobilité active est légèrement limitée mais on se voit opposer de fortes contrepulsions lorsqu'on essaie de dépasser les amplitudes actives obtenues par l'épaule D. Il n'y a aucun signe de syndrome douloureux régional complexe.

On doit admettre, à plus de 18 mois de l'événement du 23.04.2015, que la situation médicale est stabilisée.

On reconnaît des limitations fonctionnelles à l'assuré pour les travaux répétés au-dessus du niveau de l'horizontale ainsi que pour le port de charges répété de plus de 20 kg.

Dans une activité respectant ces limitations, notre assuré peut faire valoir une pleine capacité de travail. [...] »

Dans un avis médical du 22 février 2017, le SMR a noté ce qui suit :

« [...] Les éléments du dossier confirment la teneur de notre avis médical SMR en date du 31 août 2016 mentionnant que notre assuré avait récupéré les capacités nécessaires pour l'exercice de sa profession. Nous constatons seulement que l'assuré a fait tout son possible pour prolonger les IT [réd. : incapacités de travail] prescrites par son médecin. Lors des derniers examens, les LF [réd. : limitations fonctionnelles] mentionnées dans l'avis de 2016 sont moindres à ce jour car lors d'une examination poussée par la SUVA à la X._____, il est clairement établi que malgré la faible participation de l'assuré à sa rééducation et les incohérences relevées entre les capacités fonctionnelles auto-évaluées ne correspondant pas aux observations objectives faites par les

médecins [sic]. Il est mentionné la très faible motivation de l'assuré à reprendre une activité professionnelle. Les LF retenues à la sortie de la X. _____ sont les mouvements répétitifs au-dessus du plan de l'horizontal et le port de charges au-dessus du niveau des épaules. Les médecins de la X. _____ disent clairement que le pronostic de reprise d'une activité nouvelle légère n'est pas meilleur que le pronostic de reprise de son activité habituelle.

Il convient donc sur ces observations faites par la X. _____ suite à son séjour (fin juillet 2016) dans cet[te] institution de clore le dossier avec une CT complète dans son activité habituelle ou dans toute autre activité adaptée. »

Le 24 février 2017, l'OAI a fait parvenir à l'assuré un projet de décision négative. Il a considéré que celui-ci bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle d'ingénieur en informatique dès février 2016, qui n'exigeait pas le port répété de charges de plus de 20 kg ni de travailler avec le membre supérieur droit au-dessus de l'horizontale.

L'assuré a contesté ce projet de décision le 27 avril 2017, invoquant la nécessité d'un reclassement professionnel, comme le préconisaient les Drs B. _____ et C. _____ dans leurs rapports des 20 et 23 septembre 2016. Il a en outre fait valoir que ses connaissances n'étaient plus à jour compte tenu de son éloignement du marché du travail.

Le 3 mai 2017, l'assuré a transmis à l'OAI une description de la fonction d'ingénieur de maintenance informatique industrielle qu'il occupait auprès de la société L. _____ SA.

Les 4 mai et 13 septembre 2017, le Dr S. _____ a confirmé les conclusions de son examen médical du 11 janvier 2017.

La CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré contre la décision du 27 septembre 2016 par décision sur opposition du 14 septembre 2017, contre laquelle l'assuré a déposé un recours auprès de la Cour de céans, qui l'a rejeté par arrêt séparé de ce jour (AA 135/17 - 118/2018).

Par décision du 20 novembre 2017, l'OAI a refusé de mettre l'assuré au bénéfice d'une rente d'invalidité au motif que rien ne s'opposait, dès le mois de février 2016, à la mise en valeur de sa pleine capacité de travail, et ce, y compris dans son activité habituelle d'ingénieur en informatique, respectivement dans toute activité exempte de port répété de charges de plus de 20 kg et en évitant le travail avec le membre supérieur droit au-dessus de l'horizontale. Pour la même raison, une intervention sous l'angle de la réadaptation était sans objet.

Dans un courrier du 20 novembre 2017 également, l'OAI a précisé qu'il avait basé son appréciation sur les informations médicales de l'assureur-accidents, et estimait que l'activité habituelle pouvait être exercée à 100 % sans restriction, y compris selon la description de poste produite. Il a considéré qu'il n'y avait pas de droit au reclassement pour l'assuré, lequel n'avait pas de formation reconnue, dès lors qu'aucune mesure simple et adéquate n'avait été identifiée pour réduire son préjudice. Il bénéficiait en revanche d'un soutien par le service de placement de l'OAI.

B. Par acte de son mandataire du 8 janvier 2017, Z._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à sa réforme en ce sens que l'OAI lui octroie des prestations en lien avec l'invalidité découlant de l'accident du 23 avril 2015, subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire, notamment par la mise en œuvre d'une expertise, plus subsidiairement à la suspension de la cause jusqu'à droit connu sur le recours contre la décision rendue par la CNA le 14 septembre 2017. Il a contesté les limitations fonctionnelles retenues, lesquelles ne tenaient pas compte de l'avis émis par le Dr C._____ le 31 août 2016, qui jugeait préférable d'envisager une reconversion professionnelle dans une activité avec un effort maximal de 2-5 kg, sans mobilisation répétitive du membre supérieur droit, ni mobilisation de l'épaule au-dessus du buste. Il a fait valoir que son activité habituelle d'ingénieur en maintenance informatique

industrielle était incompatible avec ces limitations et a sollicité la mise en place de mesures de réorientation professionnelle.

Dans sa réponse du 26 février 2018, l'OAI a considéré que le courrier du Dr C._____ du 31 août 2016 n'était pas susceptible de remettre en cause le rapport d'examen final du médecin d'arrondissement de la CNA du 11 janvier 2017.

Par réplique du 11 avril 2018, le recourant a invoqué que sur un marché du travail équilibré, il n'avait pas les mêmes chances d'être engagé qu'un autre individu eu égard notamment à ses limitations fonctionnelles, ce que pouvait attester la conseillère en développement professionnel qui l'avait accompagné dans le cadre de la fondation [...]. Celle-ci confirmerait, selon toute vraisemblance, une limitation fonctionnelle à 5 kg et non 20 kg pour le port de charges. Le recourant a produit un certificat médical du Dr B._____ attestant d'une incapacité de travail de 20 % sur un poste adapté du 1^{er} avril au 30 juin 2018 ainsi qu'une attestation datée du 6 avril 2018, dans laquelle ce médecin indiquait que l'état de santé du patient contre-indiquait les postures maintenues avec abduction du membre supérieur droit, mettant en contraction le sus-épineux, comme le travail sur clavier ou le port de charges répété, quel que soit leur poids, et qu'idéalement, le travail sur clavier devrait être limité à des plages horaires restreintes.

Avec ses déterminations du 4 mai 2018, l'OAI a produit un avis du SMR du 1^{er} mai 2018 qui considérait que l'analyse des nouvelles pièces transmises ne permettait pas de mettre en évidence une aggravation et/ou de nouvelles atteintes à la santé justifiant de s'écarter des conclusions précédemment retenues. Il maintenait donc que l'assuré présentait une capacité de travail entière dans toute activité adaptée, évitant les travaux répétés au-dessus du niveau de l'horizontale et le port de charges répété de plus de 20 kg.

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 (art. 38 al. 4 let. c LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige a pour objet le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité.

3. a) L'art. 8 al. 1 LAI pose le principe de l'octroi, en faveur des assurés invalides ou menacés d'une invalidité, de mesures de réadaptation nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer ou à la maintenir ; les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18c LAI (art. 8 al. 2 let. b LAI).

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 l'ouverture du droit à une mesure de reclassement professionnel au sens de l'art. 17 LAI

est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3 ; 124 V 108 consid. 2b). Lorsqu'une personne a recouvré la capacité à reprendre l'exercice de son activité habituelle, elle ne remplit pas les conditions du droit à une mesure de reclassement (cf. TF 9C_413/2008 du 14 novembre 2008 consid. 2.2).

b) L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : 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 (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40 % au moins (let. c).

c) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI).

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGGA, 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. L'art. 7 al. 2 LPGGA précise que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et qu'il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable.

Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGGA 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.

d) 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 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 et 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions 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 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

4. a) Il n'est pas contesté que l'événement accidentel du 23 avril 2015 a causé chez l'assuré une entorse acromio-claviculaire droite, une lésion partielle du tendon supra-épineux droit ainsi qu'une discrète bursite sous-acromiale. A l'arthro-IRM de décembre 2015, le Dr C._____ a constaté que l'entorse acromio-claviculaire présentait déjà une récupération complète. A noter également que cet examen n'a pas montré d'œdème au niveau acromio-claviculaire ni de lésion labrale. Les différents médecins s'accordent quant au fait qu'il s'agit d'une lésion partielle du tendon, de taille limitée, et qui est restée stable comme l'a montré la nouvelle arthro-IRM réalisée en septembre 2016 (cf. rapport médical du Dr C._____ du 23 septembre 2016).

b) Le recourant estime que les limitations fonctionnelles reconnues par le SMR font fi de l'avis du Dr C._____, tel qu'il figure dans son rapport du 31 août 2016. Il ressort des avis médicaux du SMR que celui-ci s'est, dans un premier temps, rallié aux limitations fixées par le Dr C._____ (activité avec un effort maximal de 2-5kg, sans mobilisation répétitive du membre supérieur droit, ni mobilisation de l'épaule au-dessus du buste) puis leur a préféré celles posées par les médecins de la X._____, dans la mesure où elles étaient basées sur un examen détaillé de l'assuré et tenaient compte des incohérences relevées entre les capacités fonctionnelles auto-évaluées et les observations objectives faites par les médecins.

Il ressort des documents médicaux figurant dans le dossier de l'assureur-accidents que les médecins consultés ont tous reconnu que le recourant pouvait reprendre le travail à 100 %, mais ont apprécié de manière différente les répercussions de l'atteinte à l'épaule droite sur ses limitations fonctionnelles. Le Dr B._____ a considéré que le recourant pouvait exercer une activité n'exigeant pas le soulèvement de charges de plus de 5 kg, ni de travailler avec les bras au-dessus de la tête de manière répétée ou encore de faire des efforts répétés avec le membre supérieur droit (cf. rapport médical du 20 et 29 septembre 2016). Dans son rapport du 13 octobre 2017, il a estimé que la capacité de travail du recourant

était entière dans une activité n'exigeant pas d'effort physique intense ni d'amplitudes articulaires extrêmes. Les médecins de la X. _____ ont exclu les activités nécessitant des mouvements répétitifs au-dessus du plan horizontal au niveau des épaules ou le port de charges au-dessus des épaules. De son côté, le Dr C. _____ a considéré, dans ses rapports des 31 août et 23 septembre 2016, qu'une reprise d'activité professionnelle mettant à contribution l'épaule droite semblait compromise et qu'il était préférable d'envisager une reconversion professionnelle dans une activité avec un effort maximal de 5 kg, sans mobilisation répétitive du membre supérieur droit, ni mobilisation de l'épaule au-dessus du buste. Le 11 janvier 2017, le Dr S. _____ a estimé que le recourant bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans une activité ne nécessitant pas de travaux répétés au-dessus du niveau de l'horizontale ni le port répété de charges de plus de 20 kg. En résumé, il apparaît que l'ensemble des médecins s'accordent à exclure les mouvements répétitifs au-dessus du buste. En ce qui concerne le port de charges, les Drs B. _____ et C. _____ posent une limite à 5 kg tandis que le Dr S. _____ écarte le port répété de charges de plus de 20 kg ; les médecins de la X. _____ ont quant à eux exclu le port de charges au-dessus des épaules, tout en estimant qu'il n'était pas limité dans les autres mouvements. Les Drs B. _____ et C. _____ préconisent de plus d'éviter les mouvements répétés avec le membre supérieur droit. Il faut constater que le Dr C. _____ n'a aucunement pris en compte, dans ses différents rapports médicaux, l'attitude d'autolimitation du recourant, telle qu'elle a été constatée par les autres médecins. Le Dr B. _____ expose, dans ses rapports des 20 et 26 septembre 2016, qu'au vu de la discordance entre les Drs C. _____ et G. _____ quant à l'origine mécanique ou non des limitations d'amplitude, il adopte une attitude pragmatique en préconisant une réorientation professionnelle dans un métier de services informatiques, puisque ce type d'emploi ne demande pas d'effort physique intense ni d'amplitudes articulaires extrêmes. A noter également que le médecin traitant mentionne que les tâches d'installation de maintenance d'informatique industrielle, qui impliquent le port de matériels informatiques de plusieurs dizaine de kilos, ne « semblent plus exigibles », formulation qui ne va pas dans le sens d'une stricte limite de poids à 5 kg.

Au vu de ce qui précède, il y a lieu de privilégier l'appréciation du Dr S. _____, ainsi que celle des médecins de la X. _____ (reprises par le SMR dans son avis du 22 février 2017). Leurs rapports ont en effet pleine valeur probante, ces médecins ayant basé leurs conclusions sur un examen détaillé, en pleine connaissance du dossier de l'assuré et en tenant compte de l'ensemble des circonstances. Il en résulte que l'OAI était fondé à retenir comme limitations fonctionnelles l'absence de port répété de charges de plus de 20 kg et de travail avec le membre supérieur droit au-dessus de l'horizontale.

Cela étant, les pièces médicales à disposition permettaient à l'OAI de statuer en pleine connaissance de cause sans qu'il soit nécessaire d'ordonner une expertise médicale. La conclusion du recourant tendant au renvoi de la cause à l'intimé dans ce but doit donc être rejetée.

A noter que le certificat d'incapacité de travail de 20 % sur un poste adapté, produit par le recourant dans le cadre de sa réplique, concerne la période du 1^{er} avril au 30 juin 2018, de même que l'attestation du 6 avril 2018, indiquant que le travail sur clavier devait être limité à des plages horaires restreintes, sont postérieurs à la décision attaquée. Ces documents n'ont par conséquent pas à être pris en compte dans le cadre du présent examen. En effet, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b ; 117 V 287 consid. 4 et les références citées). Au demeurant, ces documents, particulièrement succincts, ne sont pas motivés, si bien qu'ils ne sont de toute façon pas propres à remettre en cause les conclusions détaillées du Dr S. _____ et des médecins de la X. _____.

c) Le recourant conteste que son activité d'ingénieur en maintenance informatique industrielle soit compatible avec ses limitations fonctionnelles et sollicite l'octroi de mesures professionnelles, notamment

sous la forme d'un reclassement. Tant le Dr B. _____ que le Dr C. _____ recommandent une réorientation professionnelle au motif que l'activité habituelle ne serait plus exigible. De son côté, le SMR estime que l'activité habituelle demeure exigible, que ce soit au vu des limitations fonctionnelles retenues en date du 31 août 2016 que celles arrêtées le 22 février 2017.

Lors de son séjour à la X. _____, le recourant a décrit l'environnement de son dernier poste d'ingénieur en maintenance informatique industrielle. Parmi les tâches qu'il effectuait figurent notamment le tirage de fibres, le changement de serveurs ainsi que de la maintenance et le dépannage hardware, soit des activités pouvant à l'occasion l'amener à travailler avec les bras en hauteur et à porter des charges moyennement lourdes (cf. Rapport de la phase initiale aux Ateliers professionnels de la X. _____). Compte tenu des limitations fonctionnelles retenues, il n'est pas exclu que l'une ou l'autre des activités précitées ne puissent plus être exigées du recourant. Il apparaît cependant que le métier d'ingénieur en informatique industrielle comprend une large palette d'activités, dont la majorité sont légères. Preuve en est que la plupart des tâches que le recourant avait à effectuer dans le cadre de son dernier emploi étaient des activités légères à très légères, qui demeurent tout à fait exigibles (administration et gestion de système de réseaux informatiques industriels, installation et configuration de points d'accès clients, analyse de trafic réseau, gestion de base de données, mise à jour et sauvegarde de données, etc.). On peut de plus rappeler que dans son attestation du 29 septembre 2016, le Dr B. _____ estime que le recourant peut effectuer les activités exigeant des efforts physiques jusqu'à 20 % de son temps de travail. Il est ainsi envisageable que l'assuré puisse occuper un poste d'ingénieur en maintenance informatique correspondant à ses limitations fonctionnelles. Quoi qu'il en soit, il faut constater que son domaine d'activité habituel ne se limite pas à des postes d'ingénieur en maintenance informatique industrielle. Le recourant est en effet titulaire d'un master en technologies des réseaux informatiques et des télécommunications et a occupé divers emplois qui lui ont permis d'acquérir de nombreuses compétences techniques, comme

cela ressort de son CV. Il se justifie par conséquent de considérer que son niveau de formation et son expérience professionnelle apparaissent suffisants pour qu'il retrouve une activité légère dans le domaine informatique. L'OAI était donc légitimé à considérer que l'assuré bénéficiait d'une capacité de travail entière dans son activité habituelle.

d) Se pose encore la question de savoir à partir de quelle date le recourant a retrouvé une pleine capacité de travail dans son activité habituelle. Dans son avis du 31 août 2016, le SMR fixe la date du 3 février 2016 en référence au rapport médical rendu par le Dr C. _____ à cette date. Force est toutefois de constater qu'aucun document médical n'a été établi par le Dr C. _____ le 3 février 2016. Cette date correspond à l'évidence au jour auquel l'OAI a reçu le dossier de l'assuré envoyé par la CNA, qui a transmis l'ensemble des pièces médicales en sa possession par pli recommandé, le 2 février 2016. Parmi ces pièces figuraient les rapports médicaux du Dr C. _____ des 19 novembre et 4 décembre 2015. Il apparaît que le rapport auquel le SMR se réfère est en réalité celui du 4 décembre 2015. C'est en effet dans ce document que le Dr C. _____ a posé les limitations fonctionnelles reprises - dans un premier temps - par le SMR. Le SMR a estimé, à réception de ce rapport, que le recourant avait retrouvé une pleine capacité de travail dans son activité habituelle à partir du 3 février 2016 (avis du 31 août 2016). Il s'est ensuite rallié aux limitations fonctionnelles retenues par les médecins de la X. _____ - moins restrictives - tout en maintenant que le recourant bénéficiait d'une capacité de travail à 100 % dans son activité depuis le 3 février 2016 (avis SMR du 22 février 2017). Il se trouve que la CNA n'a pas fait la même interprétation des rapports médicaux précités et s'est basée, pour fixer la date d'exigibilité, sur celle arrêtée par les médecins de la X. _____ à l'issue du séjour de l'assuré, soit le 8 août 2016. Il faut, d'une part, rappeler que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-accident n'a pas de force contraignante pour l'assurance-invalidité (ATF 133 V 549, confirmant l'ATF 126 V 288) et que les organes de ces deux assurances sont tenus de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité, les uns ou les autres ne pouvant se contenter de reprendre simplement et sans avoir effectué leur

propre examen le degré d'invalidité fixé par l'autre assureur (TF 9C_813/2012 du 18 mars 2013 consid. 3.4 et les références citées). D'autre part, il apparaît en l'occurrence que la CNA, et les médecins de la X._____, ont retenu une date d'exigibilité plutôt favorable à l'assuré (cf. arrêt de ce jour en la cause AA 135/17 - 118/2018 consid. 4b). Il se trouve en effet que l'arthro-IRM réalisée en décembre 2015 a permis de déterminer clairement l'étendue des lésions - soit une lésion partielle du tendon supra-épineux, de taille limitée - et que les rapports médicaux établis par la suite ne font état d'aucun élément objectif justifiant une totale incapacité de travail dans toute activité. Il faut de plus souligner que dans son rapport du 4 décembre 2015, le Dr C._____ encourageait l'assuré à reprendre ses activités, en évitant les efforts et la mobilisation répétés de l'épaule au-dessus du buste. Il estimait, certes, que les limitations fonctionnelles retenues ne permettaient pas la reprise de sa précédente activité, qui impliquait de faire des efforts avec l'épaule, et préconisait une réorientation professionnelle, mais il s'agit-là d'un point de vue qui, comme démontré ci-dessus, ne tient pas compte du fait qu'il existe un grand nombre de postes accessibles à l'assuré dans le domaine informatique et respectant ses limitations fonctionnelles. De ce fait, la position du SMR et de l'OAI, qui se fondent sur les rapports du Dr C._____ pour fixer l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative au 3 février 2016, n'apparaît pas critiquable.

e) Dans la mesure où le recourant a déposé sa demande de prestations le 6 janvier 2016, il avait retrouvé une totale capacité de travail dans son domaine d'activité habituel au moment de l'ouverture éventuelle d'un droit à la rente (soit six mois après le dépôt de sa demande de prestations, art. 29 LAI). En outre, étant donné qu'il a très rapidement retrouvé une pleine capacité de travail dans son domaine d'activité habituel après le dépôt de sa demande de prestations, il ne saurait être considéré comme invalide ou menacé d'invalidité au sens de la loi. C'est par conséquent à juste titre que l'OAI a refusé de lui octroyer des mesures professionnelles.

5. a) En définitive, le recours 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 contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 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 20 novembre 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant.

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 :

- CAP Compagnie d'Assurance de Protection juridique SA (pour le recourant),
- 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 :