

FR_GERICHTE 605 2018 113 vom 31. August 2018

FR Kantonsgericht, 2018-08-31, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2018_113

FR: FR_GERICHTE 605 2018 113 du 31 août 2018

IT: FR_GERICHTE 605 2018 113 del 31 agosto 2018

Regeste

Arrêt de la Ie Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal | Invalidenversicherung

Erwägungen

E. 8

novembre au 6 décembre 2016. Il a en outre été examiné par le médecin d'arrondissement de C._____, la Dresse E._____, spécialiste en neurochirurgie, laquelle conclut à l'existence d'une capacité de travail complète dans une activité adaptée. Par décision du 26 juin 2017, confirmée sur opposition le 23 février 2018, C._____ lui a reconnu le droit à une rente d'invalidité de 14% ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité sur la base d'un taux de 10%. Cette décision a été contestée devant le Tribunal cantonal (cause 605 2018 93). C. Parallèlement à la procédure devant l'assurance-accidents, l'assuré a requis l'octroi de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI) le

E. 9

avril 2015, faisant référence à sa chute sur l'épaule. Confirmant en cela un projet du 28 septembre 2017, l'OAI lui a, par décision du 23 mars 2018, reconnu le droit à une rente d'invalidité entière du 1er octobre 2015 au 31 juillet 2017. Dès le 1er août 2017, l'état de santé s'étant amélioré, le droit à une rente lui a été nié sur la base d'un degré d'invalidité de 22%. D. Contre cette décision, l'assuré, représenté par Me Charles Guerry, avocat, interjette recours devant le Tribunal cantonal le 26 mars 2018, concluant, avec suite de frais et dépens, à l'octroi d'un trois quarts de rente. A l'appui de ses conclusions, il conteste le diagnostic retenu par les médecins de C._____, lesquels auraient dû se fonder sur les aspects cliniques plutôt que sur l'imagerie médicale. A cet égard, il se prévaut de l'avis de son médecin traitant et affirme souffrir d'un syndrome douloureux régional complexe, le rendant incapable d'utiliser normalement son bras gauche, y compris dans une activité professionnelle légère. Ces deux éléments suffiraient, selon lui, à instiller un "doute à tout le moins léger", propre à justifier la mise sur pied d'une expertise. Cela étant, il conteste encore le revenu d'invalidité, lequel devrait selon lui être fixé sur la base des indications fournies par son médecin traitant, soit tenir compte d'une capacité de travail réduite à 50% et d'un abattement supplémentaire de 20%.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 11 Le 11 mai 2018, l'assuré s'est acquitté de l'avance de frais de CHF 800.- requise. Dans ses observations du 28 mai 2018, l'OAI propose le rejet du recours, se référant à l'avis du médecin d'arrondissement, au refus de rente de l'assurance-accidents et à l'avis de son Service médical régional (ci-après: SMR). Les dossiers constitués par C._____ au nom de l'assuré ont été produits et versés à la présente cause, ce dont les parties ont été informées. Autant qu'utiles à la solution du litige,

il sera fait état des arguments développés par ces dernières à l'appui de leurs conclusions respectives dans les considérants en droit du présent arrêt. en droit 1. Le recours, interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière, est recevable, le recourant étant en outre directement atteint par la décision querellée et ayant dès lors un intérêt digne de protection à ce que celle-ci soit, cas échéant, annulée ou modifiée. 2. Aux termes de l'art. 8 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. D'après l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 3. 3.1. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b), et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'al. 2 prévoit que la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité, à savoir qu'un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; un taux de 50% au moins donne droit à une demi-rente; un taux de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente; enfin, un taux de 70% au moins donne droit à une rente entière. 3.2. L'art. 16 LPGA dispose que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à 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. En d'autres termes, le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalide, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en

Tribunal cantonal TC Page 4 de 11 utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas (RCC 1963 p. 365). C'est l'application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Cette comparaison s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469). Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1). 3.3. Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il

pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (arrêt TF I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêt TF I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt TF I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références, in VSI 1999 p. 246). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (cf. arrêt TF 9C_25/2011 du 9 août 2011 consid. 6.2). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, le cas échéant, au titre du désavantage salarial supplémentaire, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de

Tribunal cantonal TC Page 5 de 11 séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5 p. 78 ss). 4. Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Selon la jurisprudence, cet article s'applique également à la décision par laquelle l'organe de l'assurance-invalidité accorde, comme en l'espèce, une rente limitée dans le temps à titre rétroactif (ATF 125 V 413 consid. 2d et les références). En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 RAI (ATF 125 V 413 consid. 2d; arrêt TF I 21/05 du 12 octobre 2005 consid. 3.3).

Conformément à cette dernière disposition, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre. A cet égard, lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer en ce qui concerne des périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 125 V 413 consid.

2d). Il en va de même si l'autorité intimée a rendu une ou plusieurs décisions séparées du même jour (ATF 131 V 164 consid. 2.3). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 109 V 108 consid. 3b; 107 V 219 consid. 2; 105 V 29 et les références; VSI 1996 p. 188 consid. 2d). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue avec les circonstances régnant à l'époque du prononcé de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Si la capacité de gain s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie du droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI; ATF 130 V 349 ss consid. 3.5). 5. Pour pouvoir décider, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement

Tribunal cantonal TC Page 6 de 11 sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c). 5.1. En matière d'appréciation 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. Il ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante (arrêt TF 8C_456/2010 du 19 avril 2011 consid. 3 et la référence citée). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157). 5.2. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee). Cela étant, pour que l'assuré ait une chance raisonnable de

soumettre sa cause au juge, sans être clairement désavantagé par rapport à l'assureur (sur l'inégalité relativement importante entre les parties en faveur de l'assurance, cf. ATF 135 V 165 consid. 4.3.1 in fine), le tribunal ne peut pas, lorsqu'il existe des doutes quant à la fiabilité et la pertinence des constatations des médecins internes à l'assurance, procéder à une appréciation des preuves définitive en se fondant d'une part sur les rapports produits par l'assuré et, d'autre part, sur ceux des médecins internes à l'assurance. Pour lever de tels doutes, il doit soit ordonner une expertise judiciaire, soit renvoyer la cause à l'organe de l'assurance pour qu'il mette en œuvre une expertise dans le cadre de la procédure prévue par l'art. 44 LPG (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6). 5.3. Il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Par contre, la jurisprudence attire l'attention sur la relation de confiance qui s'établit inmanquablement entre le médecin traitant et son patient, ainsi que sur l'indépendance présumée d'un médecin lié à un assureur par un rapport de travail, mais n'en déduit pas pour autant une quelconque règle de préséance (arrêt TF 9C_843/2007 du 28 juillet 2008 consid. 3).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 11 6. Est ici litigieux le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, lequel implique en particulier l'appréciation de sa capacité de travail et l'examen des pièces médicales au dossier, étant rappelé qu'il lui a été octroyé une rente entière du 1er octobre 2015 au 31 juillet 2017. 6.1. Dans son rapport du 31 mars 2017, le médecin d'arrondissement de C. _____, la Dresse E. _____ retient notamment les diagnostics de "rupture transfixiante du tendon sous-épineux avec rétraction, irritation LCB, arthrose AC et bursite sous-acromiale épaule G" avec une arthroscopie et une révision à ciel ouvert en 2014, une "probable capsulite rétractile de l'épaule G (IRM du 17.11.2016)" et une "allodynie associée de la ceinture scapulaire G". Estimant que d'éventuels traitements ou interventions ne permettent pas améliorer la situation, elle retient que le cas est stabilisé et statue sur la problématique de la capacité de travail. Sur ce plan, elle estime que l'assuré n'est plus en mesure d'exercer son ancienne activité de maçon. Cependant, dans une activité adaptée, elle estime que la capacité de travail est pleine (horaire et rendement). Elle retient les limitations suivantes: "activités contraignantes en force avec l'épaule G, activité répétitive et/ou prolongée au-dessus du plan des épaules, port de charges lourdes de façon répétée en porte-à-faux avec le MSG" (dossier OAI, p. 437). Le médecin d'arrondissement rejoint en cela l'avis des médecins de D. _____, lesquels ont examiné l'assuré durant son séjour du 8 novembre au 6 décembre 2016. Ceux-ci mentionnent en particulier les diagnostics de "probable capsulite rétractile au décours", "allodynie de la ceinture scapulaire gauche" et de "neuropathie médiane sensitivomotrice purement démyélinisante focale au carpe gauche" et, sur le plan psychiatrique, d'"épisode dépressif léger" avec amélioration en fin de séjour. Estimant que la situation serait stabilisée dans les trois à quatre mois suivant le séjour, ils retiennent les limitations fonctionnelles suivantes: "activités contraignantes en force avec l'épaule gauche, activités répétitives et/ou prolongées au-dessus du plan des épaules, ports de charges lourdes répétitifs en porte-à-faux avec le MSG". Selon eux, "en théorie dans une telle activité une [capacité de travail] complète devrait être possible" (dossier OAI, p. 403). Ces rapports ont été rédigés par des spécialistes dans les domaines concernés en connaissance des pièces du dossier de l'assureur-accidents, mais également sur la base d'entretiens directs avec l'assuré. Par ce biais, tant le médecin d'arrondissement que les médecins de D. _____ ont pu procéder à

des examens complets – étant précisé que de nombreuses imageries médicales avaient été réalisées à l'occasion du séjour à D. _____ – et prendre en compte les plaintes de l'assuré, étant précisé que les médecins indiquent qu'"aucune incohérence n'a été relevée". Les médecins décrivent tant le contexte médical que le contexte socio-économique, relevant que le recourant "sera limité en lien à l'absence de formation [...] et au manque de connaissance de la langue française, ce qui pourrait être un frein pour sa réinsertion professionnelle dans une autre activité". Les médecins discutent de manière détaillée et argumentée les diagnostics qu'ils retiennent, excluant le diagnostic de Syndrome douloureux régional complexe (CRPS) sur la base de l'imagerie médicale et "en l'absence de critères cliniques suffisants". A cet égard, la Cour prend note que le recourant estime que, "pour ce genre de trouble, l'imagerie médicale constitue tout au plus une aide au diagnostic [mais que] en réalité le diagnostic de CRPS doit être posé et écarté avant tout sur une base clinique". Cependant, cette pure assertion, émise par un avocat et non par un médecin, ne saurait créer le moindre doute à l'encontre du raisonnement détaillé des médecins. Au demeurant, on peut raisonnablement estimer que les médecins de D. _____ ont été en

Tribunal cantonal TC Page 8 de 11 mesure d'apprécier de manière claire et précise la situation médicale du recourant durant son séjour de près d'un mois dans leur structure et d'exclure, y compris "sur une base clinique", ce diagnostic. Partant, la Cour doit reconnaître aux conclusions de la Dresse E. _____ et des médecins de D. _____ une pleine force probante. C'est, au demeurant, une appréciation identique à celle du médecin du Service médical régional, le Dr F. _____, spécialiste en chirurgie. Celui-ci indique ainsi que la conclusion du médecin d'arrondissement est "cohérente médicalement et peut être suivie". Il précise que, "le médecin d'arrondissement de C. _____, lors de son examen final du 10.04.2017, constate une situation médicale stabilisée [...]. Du moment où une stabilisation est intervenue, une activité adaptée peut être exigée" (dossier OAI, p. 454). 6.2. A l'appui de ses conclusions, le recourant se prévaut essentiellement de l'avis de son médecin traitant, le Dr G. _____, médecin adjoint au service de chirurgie orthopédique à H. _____. A ses dires, ce médecin attesterait qu'il pourrait seulement travailler à mi-temps dans une activité sans mouvement à l'horizontal, sans port de charges et sans mouvements répétés. Dans son rapport du 20 septembre 2017, le médecin retient que son patient "travaillait comme maçon, sans formation [et] devait prendre sa retraite à 60 ans, soit dans un peu plus de 2 ans. Il est actuellement au chômage et très limité dans les professions pour lesquelles il aurait le droit de se présenter [et qu'il] ne peut pas travailler en utilisant son bras G" (dossier OAI, p. 484). Le

E. 11

janvier 2017, il indique que "le patient reste à [son] avis en incapacité de 100% dans son activité habituelle mais la situation n'est pas stabilisée. Il poursuit la physiothérapie en piscine et les exercices à domicile ainsi que l'antalgie avec Dafalgan et Flector. Il faut également garder en tête que si on change d'activité professionnelle la retraite passera de 60 à 65 ans. Le patient a actuellement 57 ans" (dossier OAI, p. 651). On constate ainsi que le médecin confirme ce qui n'est pas contesté, soit que la capacité de travail de son patient est nulle dans son ancienne activité de maçon. Cependant, il ne fait pas état d'une quelconque restriction de la capacité de travail dans une activité adaptée. Force est de constater que les conclusions du Dr G. _____ vont, tout au plus, dans le sens de celles de la Dresse E. _____ et des médecins de la D. _____ lorsqu'il retient que son patient n'est plus en mesure de travailler en tant que maçon. Cela ne saurait instiguer la moindre incertitude

quant à la valeur probante de ces rapports. Au demeurant, il ne faut pas perdre de vue le fait, relevant de l'expérience, que, de par sa position de confident privilégié que lui confère son mandat, le médecin traitant tranchera dans le doute en faveur de son patient (cf. ATF 125 V 352 consid. 3 b/cc et les références). Or, à cet égard, il apparaît que le médecin semble prendre en considération des facteurs extra-médicaux (âge proche de 60 ans, situation socio-professionnelle) lesquels ne sont pas du ressort de l'assurance- invalidité. 6.3. Les autres avis figurant au dossier ne sauraient non plus mettre en doute les conclusions des médecins de C._____. Dans son dernier rapport médical, le prédécesseur du Dr G._____, le Dr I._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, atteste peut

Tribunal cantonal TC Page 9 de 11 travailler à 100% dans toutes les activités, sous réserve de certaines activités au dessus de la tête (dossier OAI, p. 206). Pour leur part, les Drs J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et L._____, spécialiste en rhumatologie, n'examinent pas la problématique de la capacité de travail (dossier OAI, p. 189, 190, 273 et 392). Quant au Dr M._____, spécialiste en anesthésiologie, celui-ci n'atteste que d'une incapacité de travail dans l'ancienne activité de maçon (dossier OAI, p. 285 et 348). Enfin, N._____, ergothérapeute, indique qu'une "reprise professionnelle [lui] paraît [...] peu envisageable sans une augmentation considérable des douleurs", soulignant que son patient souffre de restrictions dans 70% des activités de la vie quotidienne et 70% des participations sociales (dossier OAI, p. 690). Ces affirmations semblent, cependant, liées de manière importante aux descriptions – par définition subjectives – que fait l'assuré de ses douleurs, fondé sur un questionnaire. L'ensemble de ces avis médicaux ne sauraient dès lors mettre en cause les conclusions concordantes de la Dresse E._____ et des médecins de D._____. 6.4. Il ressort de ce qui précède que, suite à l'accident du 28 mai 2014, la capacité de gain a été provisoirement nulle, tant dans son ancienne activité de maçon que dans une activité adaptée. Cela étant, depuis l'examen final de la Dresse E._____, le 10 avril 2017, son état s'est amélioré et doit être considéré comme stabilisé. Et depuis cette date, on doit lui reconnaître une pleine capacité de travail (horaire et rendement), dans une activité adaptée, soit une activité sans contraintes en force avec l'épaule gauche, sans activité répétitive et/ou prolongée au-dessus du plan des épaules et sans port de charges lourdes de façon répétée en porte-à-faux avec le membre supérieur gauche. 7. 7.1. En l'absence de capacité de gain du 28 mai 2014 au 10 avril 2017, le degré d'invalidité du recourant a été de 100%. Cela lui donne droit à une rente entière de l'assurance-invalidité depuis le 1er mai 2015, soit à l'échéance du délai d'attente de un an (art. 28 al. 1 LAI). 7.2. Le revenu de valide peut être basé sur l'attestation de l'ancien employeur du 10 juillet 2015 laquelle indique un revenu de CHF 69'550.- en 2015. Compte tenu de l'indexation (0.4% et 0.3%, cf. OFS, Indice des salaires nominaux par branches, secteur de la construction), cela correspond à un montant de CHF 69'967.30. S'agissant du revenu d'invalidé, la Cour relève que, depuis le 10 avril 2017, le recourant a recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il convient de se référer au salaire moyen du secteur privé selon les chiffres de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2014 (ESS 2014, TA1_Skill level, totaux, niveau de compétences 1, hommes). Dès lors que l'ESS comprend un large éventail d'activités, on peut, en effet, admettre qu'un nombre significatif d'entre elles est adapté aux limitations et aux aptitudes du recourant dans un marché du travail équilibré (cf. arrêt TF I 312/04 du 28 juillet 2-5 consid. 3.2.1).

Tribunal cantonal TC Page 10 de 11 Pour un homme, cela correspond à un montant mensuel de CHF 5'312.-, et non aux CHF 4'300.- (femmes) retenu par l'autorité intimée, soit CHF 63'744.- annuellement. Ce montant doit être adapté à l'évolution des salaires nominaux (soit CHF 64'578.65, cf. statistique OFS, Indice des salaires nominaux par branches [Tous les secteurs]) et prendre en compte la durée usuelle du travail de 41.7 heures par semaine en 2017 (CHF 67'323.25, taux de 0.8% et 0.4%; cf. statistique OFS, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique, tous les secteurs). Au vu de la capacité de travail résiduelle de 100% qui a été retenue, le revenu d'invalidité est fixé à CHF 67'323.25.

7.3. Il ressort de la comparaison des revenus de valide (CHF 70'032.50) et d'invalidité (CHF 67'323.25) que le recourant subit une perte de gain de CHF 2'709.25. Cela équivaut à un degré d'invalidité de 3.87%, soit 4% (cf. ATF 130 V 121). Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente de l'assurance-invalidité. Le recourant souhaite qu'un abattement supplémentaire soit encore effectué sur le salaire statistique. Cependant, cela ne saurait modifier son droit à la rente. En effet, même s'il était tenu compte d'un abattement maximal au titre de désavantage salarial, ce qui ne saurait toutefois être le cas ici, le degré d'invalidité demeurerait clairement inférieur aux 40% donnant droit à une rente.

8. Au vu de l'ensemble de ce qui précède, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant qui succombe. Ils sont compensés avec l'avance de CHF 800.- effectuée. Compte tenu de l'issue du recours, il n'est pas octroyé d'indemnité de partie.

la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant; ils sont compensés avec l'avance de CHF 800.- effectuée. III. Il n'est pas alloué d'indemnité de partie. IV. Notification.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 11 Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite.

Fribourg, le 31 août 2018/pte
Le Président : Le Greffier-rapporteur :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.