

FR_GERICHTE 605 2018 66 vom 14. November 2019

FR Kantonsgericht, 2019-11-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2018_66

FR: FR_GERICHTE 605 2018 66 du 14 novembre 2019

IT: FR_GERICHTE 605 2018 66 del 14 novembre 2019

Regeste

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

Volltext

Tribunal cantonal TC Kantonsgericht KG Rue des Augustins 3, case postale 1654, 1701 Fribourg T +41 26 304 15 00 tribunalcantonal@fr.ch www.fr.ch/tc — Pouvoir Judiciaire PJ Gerichtsbehörden GB 605 2018 66 Arrêt du 14 novembre 2019 Ie Cour des assurances sociales Composition Président : Marc Boivin Juges : Olivier Bleicker, Marianne Jungo Greffière-stagiaire : Elisa Raboud Parties A. _____, recourant, représenté par Me Benoît Sansonnens, avocat contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE FRIBOURG, autorité intimée Objet Assurance-invalidité ; rente d'invalidité Recours du 31 janvier 2018 contre la décision du 14 décembre 2017 Tribunal cantonal TC Page 2 de 10 considérant en fait A. A. _____, né en 1976, ressortissant du Kosovo, marié et père de deux filles (nées en 2005 et 2012), a travaillé en dernier lieu comme aide-charpentier auprès de la société B. _____ S.A. à compter du 1er septembre 2008. Il a chuté d'une hauteur d'environ 1.5 mètre (échafaudage) le 5 novembre 2014, puis a repris le travail dans une activité plus légère auprès de son employeur avec un traitement (médical) conservateur. Le 26 novembre 2015, en raison de douleurs persistantes, il s'est soumis à une intervention chirurgicale (arthroscopie et révision de l'épaule gauche «mini-open», avec résection de l'articulation acromio-claviculaire, acromioplastie, bursectomie et suture du tendon sus-épineux). En arrêt de travail à 100 % depuis l'intervention, puis à 60 %, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 3 août 2016. Le 6 juin 2016, la Dresse C. _____, spécialiste en neurochirurgie et médecin d'arrondissement de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA), a préconisé un séjour auprès de D. _____. Au terme de ce séjour (du 6 juillet au 4 août 2016), le Dr E. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et chef de clinique auprès de D. _____, a diagnostiqué une capsulite rétractile de l'épaule gauche (status post réparation de la coiffe des rotateurs pour une tendinopathie banale); il a indiqué que l'assuré récupérait progressivement de l'intervention et qu'il se plaignait de douleurs de la face antérieure et postérieure de l'épaule gauche diffuses d'intensité estimée à 5 sur 10 (picotements et étirements) et 7-8 sur 10 en cas de mouvements; ces douleurs pouvaient s'étendre du membre supérieur gauche sur un trajet postéro-externe du bras à l'avant-bras jusqu'à la face dorsale de la main gauche; l'assuré décrivait des fourmillements, diffus aux bras, avant-bras, aux doigts de la main gauche dépendant des activités; il se disait également gêné par le manque de mobilité de son épaule gauche, les mouvements de rotation externe étant décrits comme les plus douloureux; le moral était décrit comme fragile avec une labilité émotionnelle. Selon le médecin, la situation n'était pas (complètement) stabilisée à la fin du séjour, du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles, si bien qu'il y avait lieu de procéder à une nouvelle évaluation médicale fin novembre 2016. Dans l'intervalle, il

a recommandé la poursuite de thérapies physiques et fonctionnelles afin de permettre d'améliorer les amplitudes articulaires de l'épaule gauche et d'apporter un gain fonctionnel (rapport du 18 août 2016). A. _____ a repris des activités légères à 100 % auprès de son employeur dès le 1er septembre 2016 (commande d'une grue, pose de revêtements, pose d'isolation, petites tâches annexes), avec une diminution de rendement de 50 %. En accord avec le Dr F. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, traumatologie de l'appareil locomoteur et chirurgien traitant (avis du 21 décembre 2016), il a ensuite repris à 70 % son activité habituelle d'aide-charpentier à partir du 1er janvier 2017. Le 8 février 2017, en raison de la persistance de douleurs au membre supérieur gauche, il a été mis en arrêt de travail à 100 % par le Dr F. _____ avec effet (rétroactif) au 2 février 2017, puis adressé à un centre de la douleur (avis des 8 février et 28 mars 2017). Dans la mesure où l'assuré maintenait qu'il souhaitait reprendre son activité d'aide-charpentier, malgré les contre-indications médicales, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après : l'office AI) a constaté qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'entraîne en ligne de compte (communication du 15 mars 2017), puis soumis le cas à son Service médical régional (SMR). Dans un avis du 16 mai 2017, le Dr G. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin auprès du SMR, a retenu qu'il existait un risque augmenté de récurrence de Tribunal cantonal TC Page 3 de 10 lésions de l'épaule gauche en cas de reprise des travaux habituels de force; dans une activité adaptée (pas de port de charges de la main gauche de plus de 15 kilos, pas de rotations et mouvements répétitifs de l'épaule gauche, pas de travaux avec les bras au-dessus de la tête, pas de travaux sur des échelles ou des échafaudages, pas de mouvements de traction et de pulsion d'objets lourds avec le bras gauche), il a indiqué que l'assuré était apte à travailler à 100 %, sans diminution de rendement. Le 7 juin 2017, la doctoresse H. _____, spécialiste en médecine interne générale, a diagnostiqué – outre les éléments déjà connus - un syndrome douloureux chronique de l'épaule gauche avec limitation fonctionnelle suite à un trauma en novembre 2014, ainsi qu'une tendinite du long extenseur des orteils (à gauche); elle a exposé qu'une évaluation auprès du centre de rééducation sensitive (ergothérapie) avait confirmé des douleurs de type neuropathique et la présence d'un CRPS (de la branche dorsale du nerf ulnaire gauche – stade V de lésions axonales). En annexe à son avis médical, elle a produit un rapport d'évaluation de I. _____ du 21 avril 2017. Le 7 août 2017, le Dr J. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin d'arrondissement de la CNA, a constaté que la situation médicale de l'assuré était stabilisée; A. _____ pouvait entreprendre une activité adaptée en pleine capacité (activité en dessous du plan du thorax, sans port de charges répétées supérieures à 15 kg à l'aide du membre supérieur gauche, sans mouvement de rotation répété du membre supérieur gauche, sans mouvements amples à l'aide du membre supérieur gauche). Le 11 août 2017, l'office AI a indiqué à l'assuré qu'il envisageait de rejeter sa demande de prestations. Par décision du 14 décembre 2017, l'office AI a, en se fondant sur un degré d'invalidité de 11 %, nié le droit de A. _____ à des prestations de l'assurance-invalidité. Il a considéré que l'assuré aurait été en mesure de reprendre une activité non qualifiée dans le domaine de la production des services à 100 % dès le 1er septembre 2016 (contrôle qualité, travail à l'établi, montages, mécaniques, activités administratives simples, vente d'objets légers). B. Parallèlement, la CNA a mis un terme à ses prestations avec effet au 31 octobre 2017 (communication du 8 août 2017), puis octroyé à A. _____ une rente d'invalidité de l'assurance- accidents correspondant à une diminution de la capacité de gain de 15 % dès le 1er novembre 2017 et une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 % (décision du 6 novembre 2017). Par décision sur opposition du

5 février 2018, elle a maintenu sa position. C. Contre la décision de l'office AI du 14 décembre 2017, l'assuré, représentée par Me Benoît Sansonnens, avocat à Fribourg, interjette un recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il conclut principalement à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité et au renvoi de la cause à l'office AI pour le calcul du montant de la rente. Subsidiairement, il demande le renvoi de la cause à l'office AI pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants. A l'appui de son recours, il produit une photographie de gonflements de sa main gauche. Le 12 février 2018, A._____ s'est acquitté du montant de l'avance des frais de procédure présumés (CHF 800.-). Dans sa réponse du 8 mars 2018, l'office AI conclut au rejet du recours. Tribunal cantonal TC Page 4 de 10 Le 29 juillet 2019, la Caisse Inter-Entreprises de prévoyance professionnelle (CIEPP) renonce à s'exprimer sur le recours, réservant ses droits pour le cas où le recourant obtiendrait gain de cause. Le 26 septembre 2019, le mandataire du recourant produit sa note de frais. Aucun autre échange d'écriture n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état de leurs arguments, développés à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. D. Par décision séparée de ce jour, la Cour des assurances sociales a rejeté le recours formé par A._____ contre la décision sur opposition de la CNA du 5 février 2018 (affaire 605 2018 67). en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision attaquée, le recours est recevable. 2. 2.1. A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais 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. Selon 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 (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50 % au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60 % au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70 % au moins, il a droit à une rente entière. 2.2. En principe, il n'est pas admissible de déterminer le degré d'invalidité sur la base de la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de la personne assurée, car cela reviendrait à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 310 consid. 3; arrêt TF 9C_260/2013 du 9 août 2013 consid. 4.2). Il découle par conséquent de la notion d'invalidité que ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée; ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (RFJ 2009 p. 320). Tribunal cantonal TC Page 5 de 10 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 alors 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 141 V 281 consid. 5.2.1 et réf. cit.). 3. Compte tenu des conclusions et motifs du recours, le litige porte en l'espèce sur le droit à une rente de l'assurance-invalidité dès le 1er février 2017, soit à l'échéance d'une période de six mois à compter du dépôt de sa demande de prestations du 3 août 2016 (art. 29 al. 1 LAI). 3.1. Invoquant une constatation incomplète des faits pertinents et une violation du droit fédéral, le recourant reproche pour l'essentiel à l'office AI d'avoir suivi les conclusions du médecin d'arrondissement de la CNA qui constitueraient selon lui une «véritable roupie de sansonnet». Singulièrement, il se plaint que les motifs du gonflement de sa main n'ont pas été expliqués d'un point de vue médical. A ce sujet, il rappelle que la doctoresse H. _____ avait recommandé la réalisation d'une IRM pour objectiver toute la problématique de son membre supérieur gauche. En tout état, en se fondant sur les conclusions de ses médecins traitants, il demande l'octroi d'une demi-rente d'invalidité. 3.2. Conformément à l'art. 61 let. c LPGA, il appartient au juge des assurances sociales d'examiner librement tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a). En procédure administrative, un fait est en principe tenu pour établi lorsque le juge a pu se convaincre de la vérité d'une allégation (preuve stricte). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 139 V 176 consid. 5.3 et la référence). Si le juge est convaincu que certains faits présentent un tel degré de vraisemblance et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il peut renoncer à procéder à des mesures d'instruction (appréciation anticipée des preuves; voir ATF 140 I 285 consid. 6.3.1). Tribunal cantonal TC Page 6 de 10 3.3. En l'espèce, le recourant n'apporte aucun élément susceptible de mettre en évidence l'existence d'un doute sur la fiabilité et la pertinence des conclusions médicales suivies par l'office intimé. 3.3.1. On rappellera tout d'abord que le recourant a glissé (ou chuté) d'un échafaudage (d'une hauteur de 1.5 mètre) et est tombé sur son membre supérieur gauche (en abduction) le 5 novembre 2014; l'arthro-IRM réalisée le 26 juin 2015 a mis en évidence une déchirure transfixiante insertionnelle antérieure de 11 millimètres (11 x 6 mm) du tendon sus-épineux (de l'épaule gauche) associée à un clivage intratendineux insertionnel moyen de 8 millimètres et à une déchirure profonde insertionnelle postérieure étendue à la portion supérieure du tendon conjoint avec le sous-épineux de 8 millimètres également. A la suite des recommandations

de ses médecins traitants et après avoir tenté un traitement conservateur, le recourant s'est soumis à une intervention chirurgicale le 26 novembre 2015 (révision-résection de l'articulation acromio-claviculaire et acromioplastie et suture du tendon supra-épineux). En raison de la persistance de douleurs et de limitations fonctionnelles plus de six mois après l'opération, le médecin d'arrondissement de la CNA l'a adressé à D._____. Au terme d'un séjour d'un mois (du 6 juillet au 4 août 2016), les médecins de D._____ ont mis en évidence d'un point de vue orthopédique une capsulite rétractile de l'épaule gauche (status post réparation de la coiffe des rotateurs pour une tendinopathie insertionnelle du supra-épineux banale et arthrose acromio-claviculaire); l'assuré présentait une épaule gauche gelée (dont il était en train de récupérer progressivement). Sur le plan neurologique, les examens pratiqués durant son séjour n'ont pas permis aux médecins de D._____ d'objectiver de lésion neurologique au niveau du membre supérieur gauche. Selon les médecins, des facteurs contextuels, de nature anxieuse, influençaient par ailleurs les aptitudes fonctionnelles de l'assuré, car celui-ci sous-estimait ses capacités fonctionnelles. Il avait de plus tendance à augmenter sa charge de travail lors des exercices et, donc, à dépasser le seuil de la douleur. Le pronostic de réinsertion dans l'activité habituelle d'aide-charpentier était défavorable (rapport du 18 août 2016 et ses annexes). Le 1er septembre 2016, le recourant a repris des activités plus légères que son activité habituelle d'aide-charpentier à 100 % auprès de son employeur (commande d'une grue, pose de revêtements, pose d'isolation, petites tâches annexes, etc.), avec une diminution de rendement de 50 %. Dans un rapport établi le 12 septembre 2016, le docteur F._____, chirurgien traitant, a constaté que l'assuré ne présentait pas de tuméfaction locale de la main (respectivement du poignet) mais que celle-ci était un peu livide (avec une bonne force); il a confirmé que l'assuré pouvait travailler à 50 % dans les activités mises à disposition par son employeur (avec une limitation de poids de 5-10 kilos «actuellement»). Puis, le 21 décembre 2016, il a indiqué que l'assuré pouvait reprendre son activité habituelle d'aide-charpentier à 70 % dès le 1er janvier 2017 (à condition de poursuivre le traitement de physiothérapie et de se soumettre à un contrôle médical après un mois). Après avoir tenté de reprendre son activité habituelle, le recourant s'est vu délivrer par le docteur F._____ un arrêt de travail complet dès le 8 février 2017.

3.3.2. S'agissant des gonflements de sa main gauche (photographie produite lors de son recours), le recourant a séjourné à D._____ du 6 juillet au 4 août 2016. Lors de ce séjour, il a exposé souffrir de douleurs s'étendant au membre supérieur gauche sur un trajet postéro-externe au bras à l'avant-bras jusqu'à la face dorsale de la main gauche (fourmillements diffus aux bras, avant-bras et aux doigts de la main gauche dépendant des activités, ainsi qu'une tuméfaction du poignet). Les médecins de D._____ ont investigué les troubles annoncés puis conclu que les Tribunal cantonal TC Page 7 de 10 poignets et les mains étaient sans particularité (mobilité complète des deux côtés; rapport du 18 août 2016). En particulier, lors de l'examen du 21 juillet 2016, le Dr K._____, spécialiste en neurologie, a mis en évidence une légère dysparesthésie uniquement au toucher des trois premiers doigts distaux à gauche (face palmaire, mais avec une pallesthésie conservée), un léger ralentissement moteur du nerf médian au canal carpien (mais de manière symétrique) et un léger élargissement à la limite du significatif du nerf médian droit avant le canal carpien. Autrement dit, les médecins de D._____ ont dûment instruit les troubles annoncés par le recourant à sa main, puis conclu que rien ne permettait d'objectiver de lésion neurologique (ou autre) au niveau du membre supérieur gauche. Les résultats des examens pratiqués par les médecins de D._____, notamment de l'électroneuromyographie du 21 juillet 2016, ont ensuite été versés au dossier de la CNA et

les médecins traitants ne les ont pas contestés. Dans ses avis des 8 février et 28 mars 2017, le Dr F. _____ a indiqué que le recourant présentait (toujours) des phénomènes d'engourdissements de la main (chaleur/brûlure) mais que le status neuro-vasculaire était sans particularité (mais nette lividité du membre supérieur). Pour l'essentiel, les conclusions du chirurgien traitant sont ainsi superposables à celles des médecins de D. _____ et ne mettent, par conséquent, en évidence aucun élément susceptible de mettre en cause les conclusions de ceux-ci. Quant à la Dresse H. _____, elle a constaté une dysesthésie au toucher des doigts I, II et III, une coloration cutanée asymétrique (plutôt pourpre) et un réseau veineux dilaté de l'avant-bras gauche par rapport au côté controlatéral; l'assuré décrivait également des phénomènes de turgescence et de changement de coloration cutanée au niveau de son bras et de sa main gauche qui le préoccupaient. En se référant à la prise de position de I. _____, elle a ajouté que le recourant avait encore répondu à un questionnaire «paindetect» et qu'il avait obtenu un score de 16 sur 38 (recte : 16 sur 53 ; rapport du 21 avril 2017); une composante neuropathique était dès lors possible (présence de sensations de brûlures, de picotements, de fourmillements, de soudains pics de douleurs et une sensibilité augmentée au chaud et au froid), mais incertaine. Elle n'a fait aucune proposition d'instruction complémentaire sur ce point. En d'autres termes, la Cour constate que des investigations complémentaires n'apparaissent pas nécessaires sur le plan neurologique pour les médecins qui se sont prononcés. Qui plus est, le docteur L. _____ a indiqué lors d'une conversation téléphonique avec un collaborateur de l'office AI que le phénomène de main qui bleuit (phase bleu, rouge puis blanche) était un processus normal après une intervention chirurgicale sur une articulation «inflammée» (entretien téléphonique du 21 novembre 2016). Il s'ensuit que les médecins traitants ne fournissent aucun élément qui permettrait de mettre en cause les conclusions des médecins de D. _____ suivies par le médecin d'arrondissement de la CNA, ni de justifier la réalisation de mesures d'instruction complémentaires pour expliquer le gonflement de la main de l'assuré sur le plan neurologique (ou autre). Il n'appartient par ailleurs pas au tribunal de prendre position sur l'origine des couleurs violacées (livides) puis pourpres de la main gauche du recourant, car ce qui importe pour juger du droit aux prestations, c'est la répercussion de l'atteinte à la santé diagnostiquée sur la capacité de travail (art. 16 LPG). Or, en dépit de plaintes relativement démonstratives de l'assuré, les médecins ont constaté un status neuro-vasculaire sans particularité du membre supérieur gauche (et donc sans répercussion sur la capacité de travail). Il n'y a dès lors pas lieu de donner suite aux offres de preuve déposées par le recourant, notamment l'audition du Dr J. _____ ou la production d'autres photos de sa main, qui n'apparaissent pas nécessaires à la solution du litige. Tribunal cantonal TC Page 8 de 10 3.3.3 Il n'est pas contesté entre les parties que le recourant présente ensuite des limitations fonctionnelles au membre supérieur gauche qui ne lui permettent plus d'exercer son activité habituelle d'aide-charpentier (activités de force nécessitant le port de lourdes charges). S'agissant de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, les médecins du SMR et d'arrondissement de la CNA ont considéré qu'on pouvait raisonnablement attendre de lui qu'il exerce une activité en pleine capacité. Si les docteurs F. _____ et H. _____ ne partagent pas les conclusions des médecins internes aux assureurs sociaux, leurs conclusions reposent essentiellement sur la manière dont le recourant ressent et assume ses facultés de travail («ne ressent pas d'amélioration de la mobilité mais amélioration au niveau des douleurs et du phénomène vasculaire» ; avis du Dr F. _____ du 5 juillet 2017), alors que l'office AI est tenu établir ce qui est raisonnablement exigible de la part du recourant le plus objectivement possible. A cet

égard, les médecins traitants n'apportent aucun élément objectif qui permettrait de douter des conclusions détaillées et motivées du médecin d'arrondissement de la CNA et du SMR. En définissant un taux d'occupation de 50 % dès le 1er septembre 2016, de 70 % dès le 1er janvier 2017, de 0 % dès le 2 février 2017 et de 40 % dès le 5 juillet 2017, le docteur F. _____ semble d'ailleurs se fonder sur l'hypothèse d'une reprise (progressive) de l'activité habituelle d'aide-charpentier, souhaitée par le recourant mais manifestement contre-indiquée d'un point de vue médical. Il n'y a dès lors pas lieu de s'écarter des conclusions médicales du médecin d'arrondissement de la CNA. Quant au médecin du SMR, il a fixé le moment de la reprise d'une activité adaptée au 1er septembre 2016, ce que le recourant ne conteste pas expressément. Quoi qu'il en soit, on doit admettre que le recourant avait récupéré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à la fin de l'année 2016, puisque le docteur F. _____ avait accepté qu'il reprenne son activité habituelle d'aide-charpentier au 1er janvier 2017 (à 70 %), soit une activité manifestement plus lourde que celles retenues dans la décision attaquée par l'office AI. 3.3.4. Pour le surplus, le recourant ne soutient pas que sa tendinite du long extenseur des orteils aurait une quelconque répercussion sur sa capacité de travail (avis de la doctoresse H. _____ du 7 juin 2017) ou qu'il souffrirait d'autres difficultés d'ordre médical, par exemple psychique, susceptible d'avoir une répercussion sur sa capacité de travail. 3.4. Au regard des conclusions convaincantes des médecins d'arrondissement de la CNA et du SMR, qui ne sont pas mises en cause par les avis des médecins traitants, il convient de retenir, à la suite de l'office AI, que le dossier médical est complet et suffisant pour se prononcer sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité. Un complément d'instruction apparaît inutile et les requêtes d'expertise médicale du recourant doivent dès lors être rejetées. La Cour retient que le recourant dispose d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée dès fin 2016. 4. Il convient à présent d'examiner le degré d'invalidité. 4.1. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGa). Tribunal cantonal TC Page 9 de 10 4.2. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide, en fonction de ses connaissances professionnelles et des circonstances personnelles. On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (arrêt TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalide. 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'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (DPT) (ATF 139 V 592 consid. 2.3). 4.3. En l'espèce, l'office AI a fixé le revenu annuel

(brut) sans invalidité du recourant à CHF 75'120.50 en 2016 (CHF 5'778.50 x 13 [décompte de salaire de janvier 2016]). S'agissant du revenu avec invalidité, il s'est référé au salaire annuel moyen (brut) de CHF 66'718.40 résultant de l'ESS 2014 (tableau TA 1, tirage «skill level», niveau 1, durée usuelle de travail de 41.7 heures/semaine et indexation à l'année 2016 [0.4 %]) pour un travailleur dans une activité non qualifiée dans le domaine de la production des services (contrôle qualité, travail à l'établi, montages mécaniques, activités administratives simples, vente d'objets légers) et adaptée aux limitations fonctionnelles décrites par les médecins. Le recourant ne soulève aucun grief contre les éléments qui fondent le calcul et ceux-ci n'apparaissent pas critiquables. C'est donc à juste titre que l'office AI a fixé un degré d'invalidité de 11 % (11.18 %) et constaté que celui-ci ne donnait pas droit à une rente d'invalidité (art. 28 al. 2 LAI). On ajoutera que la mise en valeur d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à l'état de santé du recourant apparaît objectivement exigible, au vu de son âge et de ses limitations fonctionnelles. Quant à un éventuel abattement, le recourant n'expose pas en quoi ses perspectives salariales seraient concrètement réduites. Une déduction supplémentaire sur le salaire statistique ne se justifie donc pas. 5. Le recourant ne demande finalement pas l'octroi de mesures de réadaptation d'ordre professionnel. 6. Ensuite des éléments qui précèdent, le recours, mal fondé, doit être rejeté. La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), les frais de justice, fixés à CHF 800.-, doivent être mis à la charge du recourant, qui succombe. Ils seront prélevés sur l'avance de frais du même montant versée le 12 février 2018. Tribunal cantonal TC Page 10 de 10 la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant. Ils sont prélevés sur l'avance de frais du même montant. III. Il n'est pas alloué de dépens. IV. Notification. 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 14 novembre 2019 /obl Le Président : La Greffière-stagiaire :

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