

FR_GERICHTE 608 2015 60 vom 20. Mai 2016

FR Kantonsgericht, 2016-05-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2015_60

FR: FR_GERICHTE 608 2015 60 du 20 mai 2016

IT: FR_GERICHTE 608 2015 60 del 20 maggio 2016

Regeste

Arrêt de la IIe 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, F +41 26 304 15 01 www.fr.ch/tc — Pouvoir Judiciaire PJ Gerichtsbehörden GB 608 2015 60 Arrêt du 20 mai 2016 IIe Cour des assurances sociales Composition Président: Johannes Frölicher Juges: Hugo Casanova, Anne-Sophie Peyraud Greffier: Philippe Tena Parties A. _____, recourant, représenté par Procap contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE FRIBOURG, autorité intimée Objet Assurance-invalidité; reconsidération Recours du 25 mars 2015 contre la décision du 23 février 2015 Tribunal cantonal TC Page 2 de 11 considérant en fait A. A. _____, né en 1967, domicilié à B. _____, marié et père de trois enfants, travaillait en tant qu'aide de cuisine auprès de divers employeurs. En août 1995, il a trébuché en jouant au tennis et a chuté sur sa main droite. Par le biais de son employeur, il était alors assuré auprès de C. _____ contre les risques d'accidents professionnels et non professionnels ainsi que contre les maladies professionnelles. Suite à cet accident, il a été mis en arrêt de travail médicalement attesté et une intervention a été effectuée à l'Hôpital de D. _____. Dès décembre 1995, l'assuré a repris un travail d'aide de cuisine d'abord à 50%, puis à 100%. Dans la nuit du 18 au 19 mars 2002, l'assuré est tombé de son lit et a heurté la face dorsale de sa main droite sur le sol. Il a été mis en arrêt de travail à 100% dès ce jour. Le cas a été pris en charge par E. _____ auprès de laquelle il était assuré, par le biais de son dernier employeur, contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que contre les maladies professionnelles. Dans le cadre de l'instruction du dossier, E. _____ a diligenté une expertise auprès du Dr F. _____, spécialiste FMH en chirurgie de la main et en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport du 8 juillet 2003, le médecin a conclu que les troubles étaient très vraisemblablement causés par l'accident d'août 1995 et l'intervention chirurgicale qui l'a suivi. Il a considéré que la capacité de travail était entière dans une activité adaptée, sans mouvements répétés du poignet droit. Par décision du 28 juillet 2003, E. _____ a mis fin à ses prestations au 24 avril 2002, date à partir de laquelle les soins prodigués et l'incapacité de travail sont à mettre à charge de l'accident d'août 1995. Elle a invité son assuré à contacter C. _____. Le 16 janvier 2007, les deux assureurs-accidents ont diligenté une nouvelle expertise auprès de la Dre G. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport du 28 mars 2007, la docteure a confirmé et repris les conclusions du Dr F. _____, à savoir que la capacité de travail de l'assuré était entière dans une activité adaptée. Par décision du 30 mai 2008, C. _____, qui avait accepté de prester dans l'intervalle, a considéré que l'état de santé de son assuré était stabilisé et a refusé de continuer à prendre le cas en charge. Retenant une perte de gain de 3,62%, elle a

considéré qu'il n'avait pas droit à une rente. Aucune opposition n'a été déposée contre cette décision. B. Parallèlement à la procédure devant l'assureur-accidents, le 9 juin 2004, l'assuré a requis l'octroi de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI), en raison d'une "arthrose péri-scaphoïdienne" au poignet droit. Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'Office a requis l'avis des médecins traitants de l'assuré et, à intervalles réguliers, copie des dossiers des deux assureurs-accidents. Il a également requis des rapports de son Service Médical Régional (ci-après: SMR). Le 30 août 2007, ce dernier a notamment invité l'Office à diligenter une expertise en vue de préciser la capacité de travail de son assuré. La Dresse H. _____, spécialiste FMH en chirurgie de la main et en chirurgie plastique, Tribunal cantonal TC Page 3 de 11 reconstructive et esthétique, a été mandatée. Dans son rapport du 4 février 2008, elle a considéré que l'assuré était apte à travailler dans une activité adaptée, d'abord à 50%, à 75% puis à 100%. Il devait s'agir d'une activité avec un port occasionnel de charges de plus de 10 kg avec un poignet de force. Elle a admis une diminution de rendement, difficile à évaluer. Un stage d'observation a été organisé auprès du Centre I. _____. Il ressort du rapport du Centre que l'assuré a effectué son stage à 50% – sans augmenter son taux de présence – et a eu 22 jours d'absence pour des motifs familiaux et médicaux. Selon les responsables du stage, il semble "important que le secteur médical puisse éclaircir la situation" mais que, dans l'état actuel, "une reprise d'activité dans l'économie est vouée à l'échec". Par projet de décision du 25 novembre 2008, confirmé par décision du 16 mars 2009, l'OAI a octroyé à son assuré une demi-rente en raison d'un taux d'invalidité de 56%. Il l'a considéré en mesure d'exercer une activité adaptée à 50% avec un rendement diminué de 30%. Par communication du 24 novembre 2008, l'Office lui a en outre accordé une aide au placement. C. Par courrier du 27 avril 2010, l'assuré a demandé à l'OAI de procéder à la réévaluation de son taux d'invalidité en raison de la dégradation de sa situation médicale et de l'incapacité de gain y relative. Par projet de décision du 21 mai 2010, confirmé par décision du 30 juin 2010, l'Office a refusé d'entrer en matière en l'absence d'attestation médicale motivée. Dans le cadre d'une révision d'office, initiée en janvier 2013, l'Office a requis l'avis des médecins de l'assuré ainsi que de son SMR. Dans son rapport du 24 novembre 2014, la Dresse J. _____, spécialiste FMH en rhumatologie, du SMR, a considéré en substance que l'état de santé et les limitations fonctionnelles étaient inchangés depuis janvier 2008. La doctoresse a dès lors conclu à la présence d'une capacité de travail entière, avec une diminution de rendement de 10-20%, dans une activité adaptée. Par projet de décision du 5 janvier 2015, confirmé par décision du 23 février 2015, l'OAI a reconsidéré sa précédente décision et supprimé la demi-rente octroyée jusqu'à ce jour dès le 1er avril 2015. Il a relevé s'être initialement basé sur le rapport du stage à I. _____ pour octroyer la demi-rente, alors que l'ensemble des médecins reconnaissait une capacité de travail entière. Dans ces circonstances, il a considéré être en présence d'une erreur manifeste. D. Contre cette décision, par mémoire du 25 mars 2015 complété le 10 avril 2015, l'assuré, désormais représenté par Procap, interjette recours devant le Tribunal cantonal concluant, avec suite de frais et dépens, principalement, au maintien de la demi-rente octroyée jusqu'à ce jour et, subsidiairement, au renvoi du dossier pour instruction complémentaire, expertise médicale et nouvelle décision avec maintien de la demi-rente pendant le temps de l'instruction. A l'appui de son recours, il affirme que l'OAI, lors de l'octroi initial, s'était déclaré convaincu par le rapport de I. _____ et avait sciemment renoncé à compléter l'instruction. A cet égard, il considère que la décision apparaissait comme admissible au vu du pouvoir d'appréciation de l'Office. L'assuré souligne aussi qu'il n'est pas contesté que son état de santé est resté stable depuis

l'octroi de sa demi-rente de sorte qu'il n'existe pas de motif de révision. En outre, il conteste que la décision initiale n'ait été basée que sur les considérations de I._____. Il souligne notamment que la Dresse H._____ ne faisait pas état d'une capacité de travail entière depuis l'expertise, mais concluait à une reprise à mi-temps avec une perspective de reprise à 75% trois mois plus tard puis à temps plein ensuite. De plus, au moment de son stage à I._____, l'assuré était au bénéfice d'une attestation médicale faisant état d'une capacité de travail limitée à 50% et Tribunal cantonal TC Page 4 de 11 le SMR estimait la diminution de rendement à 30%. Selon lui, dans ces circonstances, la décision initiale ne peut être qualifiée de manifestement erronée, ce qui ne permet pas de procéder par la voie de la reconsidération. Parallèlement au dépôt de son recours, l'assuré requiert (608 2015 61) d'être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire partielle. Par décision du 18 août 2015, la requête d'assistance judiciaire gratuite partielle a été admise pour la procédure de recours et le requérant dispensé du versement d'une avance de frais. Dans ses contre-observations du 11 décembre 2015, l'OAI conclut au rejet du recours. Il constate que l'ensemble des rapports médicaux faisait état d'une capacité de travail entière, avec ou sans diminution de rendement. A cet égard, il souligne que le stage à I._____ n'avait pas pour but d'évaluer la capacité de travail de l'assuré, mais de l'entraîner en vue d'une reprise du travail. Dans ces circonstances, il souligne que, lors de l'octroi initial, il a totalement fait abstraction des rapports médicaux pour retenir les conclusions succinctes du rapport de réentraînement au travail, lesquelles n'étaient par ailleurs pas motivées. Il soutient encore que l'état de santé est inchangé depuis 2008. Invité à transmettre ses contre-observations, l'assuré n'a pas donné suite dans le délai imparti pourtant prolongé à sa requête. Il n'a pas été procédé à d'autre échange d'écritures entre les parties. Il sera fait état des arguments développés par elles à l'appui de leurs conclusions dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

en droit 1. Interjeté en temps utile auprès de l'autorité judiciaire compétente et dans les formes légales par un assuré directement touché par la décision et dûment représenté, le recours est recevable. 2. a) L'assureur peut revenir sur les décisions formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (art. 53 al. 2 LPGA). Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3; 119 V 475 consid. 1b/cc). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits (ATF 117 V 8 consid. 2c; 115 V 308 consid. 4a/cc). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la Tribunal cantonal TC Page 5 de 11 reconsidération ne sont pas remplies (arrêts TF 9C_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2; I 907/06 du 7 mai 2007 consid. 3.2.1). Pour pouvoir qualifier une décision de manifestement erronée, il ne suffit pas que l'assureur social ou le juge, en réexaminant l'un ou l'autre aspect du droit à la prestation

d'assurance, procède simplement à une appréciation différente de celle qui avait été effectuée à l'époque et qui était, en soi, soutenable. Le caractère inexact de l'appréciation doit bien plutôt résulter de l'ignorance ou de l'absence - à l'époque - de preuves de faits essentiels. S'il apparaît ultérieurement, à la suite d'un examen plus minutieux de la situation, que l'instruction ou l'appréciation médicale du cas avait été faite d'une manière qui peut aujourd'hui sembler critiquable, cela ne rend pas pour autant la décision prise sur cette base comme étant manifestement erronée au regard de la situation de fait et de droit de l'époque (arrêt TF 9C_709/2012 du 27 novembre 2012 consid. 2.3 et 2.4). Il ressort de la casuistique du Tribunal fédéral qu'une décision est manifestement erronée lorsque l'incapacité de travail n'est évaluée que dans l'activité habituelle, sans que la question de la capacité de travail dans une autre activité et celle d'un changement de profession voire d'une réadaptation professionnelle n'aient été examinées (arrêt TF 9C_194/2015 du 30 octobre 2015; cf. ég. arrêts TF 9C_7/2014 du 27 mars 2014; 9C_430/2011 du 6 mars 2012; 9C_225/2007 du 11 mars 2008; I 302/04 du 27 mars 2006). Est également manifestement erronée une évaluation du degré d'invalidité qui ne se fonde que sur une note manuscrite au dossier et non sur une appréciation médicale ou une autre pièce probante (arrêt TF 9C_560/2010 du 11 avril 2011) ou celle qui ne prend pas en compte la situation après une intervention chirurgicale alors même que des médecins pronostiquent une amélioration (arrêt TF I 109/07 du 25 juin 2007). Le Tribunal fédéral a aussi admis l'usage de la reconsidération lorsque la décision initiale a été prise en l'absence d'un fondement médical suffisant pour reconnaître une atteinte à la santé ayant des répercussions sur la capacité de travail (arrêt TF 9C_593/2010 du 28 mars 2011). Enfin, dans le contexte particulier d'un trouble somatoforme douloureux, le Tribunal fédéral a considéré qu'une décision se fondant sur un bref rapport médical était manifestement erronée en présence d'un rapport médical plus détaillé, explicitant notamment les critères de Foerster, possédant une valeur probante nettement supérieure (arrêt TF I 823/05 du 25 avril 2007). S'agissant de l'importance de la correction, on ne peut pas fixer un montant-limite généralement valable en tant que critère. Est plutôt déterminant l'ensemble des circonstances du cas d'espèce, qui comprend également le laps de temps qui s'est écoulé depuis le moment où les prestations indues ont été octroyées. Par contre, doit être en principe sans importance le nombre des litiges en matière de demande de restitution résultant de la même erreur de l'administration. Le montant de la prestation indûment versée importe dans la mesure où l'intérêt de l'administration à ce que le droit objectif soit appliqué correctement compte en règle générale d'autant moins que les prestations versées sans droit sont peu élevées. La condition relative à l'importance de la correction sert en outre à limiter les travaux et frais d'administration et de procédure (ATF 107 V 180 consid. 2b; DTA 1982 no 11 p. 72 consid. 2b; RCC 1989 p. 547 consid. 2c). A cet égard, le TFA a jugé une somme de CHF 706.- comme suffisamment importante (DTA 2000 no 40 p. 208). b) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. D'après l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Selon l'art. 28 al. 1 et 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 Tribunal cantonal TC Page 6 de 11 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. D'après 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 (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. La rente est échelonnée comme susmentionnée (cf. art. 28 al. 2 LAI). 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 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). c) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, 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 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). Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références). 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. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. 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 Tribunal cantonal TC Page 7 de 11 situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157). En outre, 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). Enfin, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008). Enfin, les données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêts TF I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2; I 573/04 du 10 novembre 2005 consid. 4). Le rôle d'un centre d'observation professionnelle n'est pas de se prononcer sur l'état de santé de la personne concernée et les répercussions d'une éventuelle atteinte à la santé sur l'aptitude au travail (cf. arrêt TF 9C_631/2007 du 4 juillet 2008 consid. 4.1). 3. Il convient dans un premier temps d'examiner le droit de l'autorité intimée de procéder à une suppression de la rente octroyée au recourant en se fondant sur les règles relatives à la reconsidération (art. 53 al. 2 LPG). Dans cette optique, il se doit d'être examiné pour quels motifs l'autorité intimée a reconnu un degré d'invalidité de 55,6% à son assuré et lui a octroyé une demi-rente dans sa décision initiale du 16 mars 2009. L'office avait alors retenu que la capacité de travail de son assuré était de 50%, compte tenu d'un rendement diminué de 30%, dans une activité adaptée. Force est de constater avec l'Office intimée que les médecins soutenaient tous qu'il avait une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Le Dr K._____, spécialiste FMH en chirurgie et en chirurgie de la main, affirme de manière constante que son patient ne peut plus travailler en tant que cuisinier mais peut exercer à 100%, sans perte de rendement, une activité légère, sans port d'objet lourd du côté droit (dossier OAI, pièces 275, 278, 379 et 381). La Dresse L._____, spécialiste FMH en médecine interne générale, faisait quant à elle état d'une capacité de travail entière, sans perte de rendement, dans une activité imposant une utilisation modérée du poignet droit (dossier OAI, pièces 178, 186, 192, 266 et 299). Le Dr M._____, spécialiste FMH en chirurgie, affirmait: "aufgrund des Untersuchungsbefundes kann dem Versicherten in einer angepassten Tätigkeit, bei der keine schweren manuellen Aktionen durchgeführt werden müssen, durchaus eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert werden" (dossier OAI, pièce 223). Pour sa part, le Dr N._____, spécialiste FMH en chirurgie et en chirurgie de la main, disait: "ich erachte [l'assuré] in Berufen, bei welchen das rechte Handgelenk mit nicht mehr als 10 kg belastet werden muss, ganztägig arbeitsfähig" (dossier OAI, pièces 42ss, 44, 46, 49, 78, 166, 167). Le Dr O._____, spécialiste FMH en chirurgie de la main et en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, soutenait aussi que la capacité de travail était réduite dans l'ancienne activité, mais que l'incapacité était nulle dans une activité adaptée telle que la "profession de chauffeur pour autant que le port de charge reste faible" (dossier OAI, pièces 15, 51, 71, 76, 80, 81, 83 et 160). Les autres médecins, tels que la Dresse P._____, spécialiste FMH en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique et en chirurgie de Tribunal cantonal TC Page 8 de 11 la main, et le Dr Q._____, spécialiste FMH en neurologie, ne traitent pas de la capacité de travail dans une activité adaptée (dossier OAI, pièces 22, 24, 25, 49ss, 79, 82, 84 et 209). Il convient ensuite de relever qu'à l'époque, le dossier contenait trois expertises qui toutes concluaient à l'existence d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée. En effet, dans son rapport du 8 juillet 2003, le Dr F._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et en chirurgie de la main, estimait que la capacité de travail était nulle dans l'ancienne activité. Par contre, il affirmait que

l'assuré était en mesure de travailler, à temps plein et sans perte de rendement, dans une activité sans effort ni mouvement du poignet droit. Il mentionnait des activités telles que surveillant de parkings, placeur de cinéma, garçon de course, garçon de bureau, agent de sécurité (dossier OAI, pièce 67). Pour sa part, dans son rapport du 28 mars 2007, la Dresse G. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, soutenait que l'incapacité en tant que cuisinier était totale. Dans une activité sans port de charge de plus d'un kg et sans effort répété avec les membres supérieurs, la capacité de travail était de 100%. L'experte indiquait encore que "la réinsertion professionnelle du patient est un problème d'ordre socio-économique et peut-être de motivation" (dossier OAI, pièce 335). Enfin dans son rapport du 4 février 2008, la Dresse H. _____, spécialiste FMH en chirurgie de la main et en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, considérait que l'assuré était apte à travailler dans une activité avec un port occasionnel de charges de plus de 10 kg avec un poignet de force. La capacité de travail était estimée à 50% les trois premiers mois, à 75% les trois mois suivants puis à 100%. Selon l'experte, il existait par ailleurs une diminution de rendement, mais celle-ci était difficile à évaluer (dossier OAI, pièce 405). Dans cette optique, le médecin du SMR a repris la capacité de travail retenue par la Dresse H. _____, celle-ci étant fixée à 50% les trois premiers mois, à 75% les trois mois suivants puis à 100% (rapport du 7 mars 2008, dossier OAI, pièce 410). Enfin, quand bien même l'assurance-invalidité n'est pas liée par l'évaluation faite par les deux assureurs-accidents, tant E. _____, par décision du 28 juillet 2003, que C. _____, par décision du 30 mai 2008, avaient mis fin à leurs prestations et considéré que leur assuré n'avait pas droit à une rente. C. _____ avait notamment fixé le degré d'invalidité à 3,62% (dossier OAI, pièces 87 et 457). Il ressort de ce qui précède qu'en retenant, dans sa décision initiale du 16 mars 2009, une capacité de travail de 50% sans limitation dans le temps, compte tenu d'une perte de rendement de 30%, l'OAI s'écartait de l'ensemble des expertises et rapports médicaux du dossier, qu'ils proviennent d'experts mandatés par elle ou d'autres assureurs, des médecins SMR ou des médecins traitants. L'Office s'écartait également de l'avis des assureurs-accidents. L'examen du dossier permet de constater que les conclusions de l'OAI – soit une capacité de travail de 50%, compte tenu d'une réduction de rendement de 30%, dans une activité adaptée – ne pouvaient se fonder que sur deux éléments. Le premier est une remarque de la Dresse H. _____, figurant en fin de rapport d'expertise, selon laquelle "pour placer le patient il faut bien sûr tenir compte de ses difficultés d'expression en français, vraisemblablement aussi d'écriture et de son niveau de scolarité qui est probablement bas [...]. Compte tenu de tous ces facteurs, la capacité de gain du patient sur un marché économique équilibré reste donc clairement limitée et l'octroi d'une demi-rente AI pour compenser cette diminution de capacité de gain me paraît équitable" (dossier OAI, pièce 405). En cela, l'experte met en exergue ce qui était déjà mentionné par d'autres, soit que des facteurs socio-économiques influençaient la capacité de travail de l'assuré. Par exemple, la Dresse G. _____ estimait qu'il s'agissait "plus d'un problème social que d'un problème médical" (dossier OAI, pièce 335 cf. ég. pièces 81, 160, 166, 167, 178, 298). Le second est le rapport de I. _____, auprès duquel l'assuré avait effectué son stage à 50% sans augmenter son taux de présence. Etaient annexés divers certificats médicaux non motivés et en rapport avec la capacité de travail dans l'ancienne activité. Durant ce stage, le rendement a varié selon l'activité effectuée de 12% (circuit électronique) à 71% (mise en place de vis dans des petits composants électroniques). Il était précisé qu'aux dires de l'assuré "la solution serait de ne pas utiliser sa main droite pour ne pas avoir de douleurs".

Aux yeux des responsables du centre, il paraissait "important que le secteur médical puisse éclaircir la situation [de l'assuré]. Dans l'état actuel, une reprise d'activité semble vouée à l'échec" (dossier OAI, pièce 796). Dans les deux cas, ces éléments ne fixent pas la capacité de travail ni ne donnaient de motifs médicaux en vue de la déterminer. Au contraire, alors que le premier s'écarte expressément des motifs médicaux présentés précédemment pour expressément prendre en compte des facteurs socio-économiques (langue, scolarité), le second affirme que l'évaluation de la capacité de travail est une question à approfondir par le corps médical. Ces pièces n'avaient pas vocation ni ne pouvaient valablement servir de critère pour déterminer l'activité adaptée ou établir dans quelle mesure celle-ci était raisonnablement exigible. Faire reposer l'octroi de la rente sur ces pièces était manifestement une erreur. On précisera encore que, déjà à l'époque, les facteurs socio-économiques n'étaient pas du ressort de l'assurance-invalidité (cf. ATF 127 V 294) et le rôle d'un centre d'observation professionnelle n'était pas de se prononcer sur l'état de santé de la personne concernée et les répercussions d'une éventuelle atteinte à la santé sur l'aptitude au travail (cf. arrêts TF I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2; I 573/04 du 10 novembre 2005 consid. 4; 9C_631/2007 du 4 juillet 2008 consid. 4.1). Au vu de l'ensemble de ce qui précède, l'évaluation de la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée et du revenu hypothétique y relatif dans la décision du 16 mars 2009 était de toute évidence contraire au droit et à la jurisprudence en vigueur à l'époque. A ce titre, la décision du 16 mars 2009 est manifestement erronée au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA. Au demeurant, au regard des prestations en jeu, la rectification de cette décision revêt une importance notable. Cela n'est pas contesté. Partant, en présence d'une décision initiale manifestement erronée dont la rectification revêt une importance notable, toutes les conditions de la reconsidération sont réunies. 4. Il convient maintenant de déterminer le taux d'invalidité du recourant au moment où la décision du 23 février 2015, ici litigieuse, a été rendue de façon à rétablir une situation conforme au droit. a) Dans son rapport du 24 novembre 2014, la Dresse J. _____, spécialiste FMH en rhumatologie, du SMR, diagnostique des douleurs chroniques et une limitation modérée des amplitudes du poignet droit. Elle signale aussi la présence d'un état inflammatoire en regard de la face articulaire du radius du côté dorsal et remaniement fibreux postopératoire. Eu égard à ces diagnostics, elle considère l'assuré totalement incapable de travailler dans son ancienne activité d'aide de cuisine. Par contre, elle estime que la capacité de travail demeure entière, compte tenu d'une diminution de rendement de 15-20%, dans une activité légère, non répétitive, non contraignante en termes de force physique et de port de charges (port de charge non itératif < 10 kg) (dossier OAI, pièce 606). Tribunal cantonal TC Page 10 de 11 Ce rapport se fonde tant sur les pièces du dossier que sur un entretien personnel avec l'assuré, lors duquel la doctoresse a été en mesure de procéder à un examen complet – composé notamment d'examen complémentaires (radiographies et IRM) – ainsi que de prendre en compte les plaintes émises. Le médecin du SMR s'est fondée sur des examens complets et avait une pleine connaissance de l'anamnèse, tant en relation avec l'accident de 1995 que celui de 2002. Le contexte médical est détaillé de même que les plaintes exprimées, notamment s'agissant des douleurs, des gênes décrites (fourmillements, sensation d'endormissement) ou des troubles pulmonaires. Ces derniers ont par ailleurs fait l'objet d'examen spécifiques, lesquels n'ont absolument rien révélé. Les conclusions de la Dresse J. _____ vont dans le sens des autres rapports figurant au dossier. Mis à part ceux déjà explicités ci-avant s'agissant de la reconsidération, on peut encore notamment mentionner les avis du Dr R. _____, spécialiste FMH en médecine interne générale, du SMR, du Dr K. _____ et de la Dresse

L._____ qui renvoient aux précédentes appréciations (dossier OAI, pièces 538, 569, 580 et 588). Partant, la Cour retient que la capacité de travail de l'assuré est entière, compte tenu d'une diminution de rendement de 15-20%, dans une activité légère, non répétitive, non contraignante en termes de force physique et de port de charges (port de charge non itératif < 10 kg). b) De façon à pouvoir rétablir une situation conforme au droit, il convient maintenant de déterminer le taux d'invalidité du recourant au moment où la décision du 23 février 2015 a été rendue. L'année déterminante est 2015, date de la suppression du droit à la rente par l'autorité intimée (cf. arrêts TF I 545/02 du 17 août 2005 consid. 3.2.2 et la référence; I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 7.3). Avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé auprès de l'Auberge S._____ comme aide de cuisine. En 2002, son salaire se montait à CHF 42'000.- selon attestation de son employeur (dossier OAI, pièce 110). L'assuré n'a, de fait, travaillé que deux mois auprès de cet employeur. Pour leur part, les extraits de compte individuel (dossier OAI, pièce 18) et le gain assuré par l'assurance-chômage (dossier OAI, pièce 253ss) font état de revenus bien inférieurs par le passé. Toutefois, tenir compte d'un montant plus élevé est favorable à l'assuré et n'influence pas le sort de la présente cause, de sorte qu'il n'est pas nécessaire d'y revenir. Compte tenu de l'indexation, le salaire de valide se serait monté en 2015 à CHF 48'603.35. Pour sa part, le revenu d'invalidé doit être fondé sur le gain mensuel déterminant dans le secteur privé, toutes activités confondues, selon les statistiques de l'ESS 2012 (T1, totaux, sans fonction de cadres, hommes). Fonder l'évaluation du revenu d'invalidé sur l'ESS 2012 est conforme à la jurisprudence fédérale en la matière (arrêt TF I 312/04 du 28 juillet 2005 consid. 3.2.1), y compris en présence d'une procédure de reconsidération mais non de révision (arrêt TF 9C_632/2015 du 4 avril 2016 consid. 2.5.8.2). Cette manière de faire permet de tenir compte du large éventail d'activités simples et répétitives, sans formation nécessaire, que recouvrent les données ressortant de l'ESS. Le montant statistique de CHF 6'088.- doit être indexé pour l'année 2015 (OFS, tableau T39 Evolution des salaires nominaux), ce qui aboutit à un montant de CHF 6'204.40. Dès lors que ce montant est fondé sur une durée de travail hebdomadaire de 40 heures, alors que la durée usuelle en 2015 est de 41,7 heures, le revenu mensuel à prendre en considération est de CHF 6'468.10, soit 77'617.05 annuellement. Ce montant doit être adapté au rendement réduit du recourant (80%), ce qui donne un revenu de CHF 62'093.65. Tribunal cantonal TC Page 11 de 11 Il découle de la comparaison du revenu de valide (CHF 48'603.33) avec celui d'invalidé (CHF 62'093.65) un degré d'invalidité nul. Même s'il était tenu compte d'un abattement supplémentaire, le degré d'invalidité découlant de la comparaison des revenus demeurerait largement inférieur aux 40% permettant de reconnaître le droit à une rente. Ce taux resterait même largement inférieur à cette limite si l'on se basait, pour la fixation du revenu de valide, également sur les salaires statistiques. 5. Au regard de l'ensemble de ce qui précède, c'est dès lors à juste titre que l'OAI a supprimé la demi-rente octroyée jusqu'alors au recourant par le biais de la reconsidération. Mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. Au vu de l'issue du litige, des frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant qui succombe. Ils ne sont pas perçus, celui-ci bénéficiant de l'assistance judiciaire partielle. Pour les mêmes motifs, il n'est pas octroyé de dépens. la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant. Ils ne sont toutefois pas perçus dès lors que l'assistance judiciaire gratuite partielle lui a été accordée. III. Il n'est pas octroyé de dépens. IV. Communication. 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 20 mai 2016/pte Président
Greffier

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