

200.2015.172.AI

ANP/BEJ

Tribunal administratif du canton de Berne
Cour des affaires de langue française

Jugement du 25 avril 2016

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
M. Moeckli et C. Tissot, juges
P. Annen-Etique, greffière



A. _____
représenté par Me B. _____
recourant

contre

Office AI Berne
Scheibenstrasse 70, case postale, 3001 Berne
intimé

relatif à une décision de ce dernier du 19 janvier 2015

En fait:

A.

A l'issue de sa scolarité obligatoire accomplie dans son pays d'origine, A. _____, né en 1951, marié et père de six enfants adultes, s'est formé deux ans en tant que tourneur, puis a travaillé dans ce domaine ou comme serrurier pendant plusieurs années, également à son propre compte. En Suisse depuis 1981, il a exercé divers emplois dans la branche du bâtiment, en dernier lieu comme ouvrier maçon spécialisé dans les chapes de béton. En raison de périodes d'incapacité de travail à 50 ou 100% attestées de manière intermittente dès 2001, respectivement sans discontinuer à compter du 2 juin 2003, puis d'une incapacité de travail entière et définitive depuis le 29 septembre 2003, l'assuré a été licencié de son dernier emploi. Il est financièrement soutenu par les services sociaux ainsi que par ses enfants et, avec l'un de ses fils, est devenu copropriétaire de son logement de famille (pour tout ce qui précède: dossier AI [dos. AI] 2/11; 2/4 ch. 6.1 et 6.2; 5/1 § B; 16/9; 43/3 ch. 2.3.3 et 2.3.9; 43/23; 86.1/7).

Courant octobre 2003 (demande datée du 7 octobre 2003), l'assuré a sollicité auprès de l'AI un reclassement dans une nouvelle profession, en faisant mention de problèmes de hanches et d'un mal de dos remontant à 2001.

B.

A réception de cette demande, l'Office AI Berne a notamment clarifié la situation médicale en recueillant l'appréciation (régulièrement actualisée) du généraliste traitant (rapports auxquels ont notamment été joints le résultat d'une imagerie par résonance magnétique [IRM] pratiquée le 17 décembre 2001 à la colonne vertébrale lombaire, ainsi qu'un rapport médical d'un spécialiste en rhumatologie consulté en septembre 2004). Il s'est également enquis de l'avis du rhumatologue de l'assuré, puis a sollicité un complément d'expertise auprès d'un autre spécialiste en

rhumatologie et médecine interne qui avait été mandaté en 2004 par l'assureur de la perte de gain en cas de maladie (ci-après: l'assureur perte de gain).

En date du 4 mai 2005, l'Office AI a accordé à l'assuré une aide au placement et, en vue de déterminer les aptitudes à sa réadaptation professionnelle, a mis en place une observation professionnelle du 14 mai au 8 juin 2007 auprès d'un centre d'observation professionnelle de l'AI (COPAI; centre C. _____). La demande de mesures professionnelles a été rejetée le 22 juin 2011 par décision formelle du même office, lequel, sur recommandation de son service médical régional (SMR), a mandaté une expertise médicale pluridisciplinaire qui a été attribuée à un centre d'expertises médicales (CEM; D. _____, en l'espèce). Ce CEM a établi un rapport en date du 26 mai 2014. Sur ces bases soumises à son SMR, l'Office AI, après due préorientation contestée par l'assuré, représenté par un mandataire professionnel, a nié le droit à une rente (degré d'invalidité de 14%; décision du 19 janvier 2015).

C.

Par acte du 19 février 2015, l'assuré, par son mandataire, a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA), en concluant, sous suite des frais et dépens, à l'annulation de la décision du 19 janvier 2015 rendue par l'intimé et, principalement, à l'octroi, dès le 1^{er} novembre 2005, d'une rente entière d'invalidité correspondant à un taux d'invalidité de 100%, respectivement et à titre subsidiaire, au renvoi de la cause à l'intimé afin que ce dernier calcule le degré d'invalidité après une instruction complémentaire.

L'intimé a renoncé le 27 mars 2015 à présenter une prise de position sous forme d'un mémoire de réponse et s'est pour l'essentiel limité à renvoyer à sa décision contestée et à conclure au rejet du recours. Par courrier du 15 avril 2015, le mandataire du recourant a fait parvenir sa note d'honoraires au Tribunal.

En droit:

1.

1.1 La décision du 19 janvier 2015 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et refuse au recourant le droit à une rente d'invalidité. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision et, principalement, l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2005 ou, à titre subsidiaire, sur le renvoi du dossier au même office pour instruction complémentaire et nouveau calcul du degré d'invalidité.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par un mandataire dûment constitué, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1], art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20] et art. 15, 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

1.3 Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française du TA dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

1.4 Le Tribunal examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

2.

2.1 En règle générale, l'état de fait et de droit déterminant est, au plus tard, celui qui prévalait à la date de la décision contestée, soit en l'espèce le 19 janvier 2015. Les dispositions matérielles de la 5^{ème} révision de la LAI, entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2008 (RO 2007 p. 5129), respectivement

celles de la 6^{ème} révision, premier volet, de la LAI, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2012, sont donc en principe applicables au présent cas. Dans la mesure où la demande du recourant date du 7 octobre 2003 et où une partie des faits déterminants se sont ainsi réalisés avant l'entrée en vigueur du nouveau droit, les dispositions antérieures en vigueur à l'époque correspondante leur sont toutefois applicables (ATF 132 V 215 c. 3.1.1, 130 V 445 c. 1).

2.2 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 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 (art. 7 al. 1 LPGA).

L'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins et à trois quarts de rente s'il est invalide à 60%. Pour un degré d'invalidité de 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente et pour un degré d'invalidité de 40% au moins, il a droit à un quart de rente (art. 28 al. 2 LAI).

2.3 Selon l'art. 7 al. 1 LAI, l'assuré doit entreprendre tout ce qui peut être raisonnablement exigé de lui pour réduire la durée et l'étendue de l'incapacité de travail (art. 6 LPGA) et pour empêcher la survenance d'une invalidité (art. 8 LPGA). Il incombe en premier lieu à la personne assurée de s'efforcer de se réadapter elle-même de manière appropriée. Si l'on peut raisonnablement attendre de sa part qu'elle surmonte par elle-même son handicap, il n'existe aucune invalidité, de sorte qu'il n'en résulte aucun droit à des prestations, pas même à des mesures de réadaptation. La réadaptation personnelle en tant qu'expression de l'obligation générale de diminuer le dommage a la priorité non seulement sur le droit à la rente, mais également sur le droit à la réadaptation prévus par la loi (ATF 113 V 22 c. 4a; VSI 2001 p. 274 c. 5a/aa; RAMA 1987 p. 377).

2.4 Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de recours) a besoin de documents que le médecin et 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 fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 c. 4, 125 V 256 c. 4). En revanche, il n'appartient pas au médecin de s'exprimer sur le degré d'une rente éventuelle, étant donné que la notion d'invalidité n'est pas seulement déterminée par des facteurs médicaux, mais également des facteurs économiques (cf. art. 16 LPGA).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (SVR 2010 IV n° 58 c. 3.1; VSI 2001 p. 106 c. 3a). La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 137 V 210 c. 6.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

3.

3.1 A l'appui de sa décision contestée, l'Office AI a estimé qu'une capacité de travail et de rendement intacte était préservée dans un emploi adapté excluant les contraintes physiques associées à une activité lourde et relativement statique du type de celles autrefois exercées par le recourant dans le bâtiment. Pour déterminer ces exigences, l'Office AI s'est

tout d'abord ralié aux conclusions du rhumatologue mandaté courant 2004 par l'assureur perte de gain, puis à l'appréciation pluridisciplinaire de mai 2014 excluant une intensification des limitations fonctionnelles pendant cet intervalle de dix ans. Le degré d'invalidité, et par là, le droit aux prestations, a ensuite été fixé en comparant le dernier revenu effectif perçu indexé jusqu'en 2004 (Fr. 59'630.- annuels) avec un revenu statistique pour la même année dans une activité d'aide-ouvrier (Fr. 51'532.- par an). Sur la base du manque à gagner de 14% en résultant, l'intimé a refusé le droit à une rente d'invalidité.

3.2 Le recourant dénie pour sa part toute valeur probante à l'expertise pluridisciplinaire, au motif que cette appréciation ne spécifierait pas le genre d'activité adaptée exigible, ni l'éventuelle baisse de rendement encourue dans celle-ci. Sur la base des conclusions du COPAI, qualifiant de farce l'évaluation du revenu hypothétique que l'intimé lui impute, il requiert une rente entière d'invalidité, dès lors qu'une capacité de travail de 50% lui a été reconnue à l'issue de cette mesure d'observation et qu'un placement temporaire en milieu protégé a été jugé propre à évaluer ses possibilités d'adaptation et son rendement. L'assuré fait grief aux organes de l'AI de ne pas avoir organisé ce stage pratique et, en lui reprochant un manque de coopération, de mettre sur son compte le «total laxisme» de l'administration dans le traitement de son dossier. Il estime que ce sont les lenteurs de la procédure qui l'ont empêché de se réadapter professionnellement et sont responsables de son inactivité prolongée.

4.

Il y a tout d'abord lieu d'examiner quelle est la capacité de travail médico-théorique du recourant.

4.1 L'expertise pluridisciplinaire querellée comprend un rapport d'expertise global du 26 mai 2014 synthétisant le résultat d'exams sur les plans clinique général, rhumatologique et psychiatrique, ainsi que les rapports ou résultats partiels relatifs à ces investigations spécialisées.

4.1.1 *Sur le plan clinique général*, l'expert mandaté auprès du CEM, spécialisé en médecine interne générale, a tout d'abord décrit le contexte général par le biais de larges extraits du dossier médical, des données fournies par l'assuré quant à ses plaintes actuelles et le déroulement de ses journées, ainsi que par d'autres éléments anamnestiques (familiaux, personnels, sociaux et professionnels) rapportés par ce dernier. Il a ensuite établi une anamnèse des maladies et accidents, dans laquelle il a fait état, hormis les problèmes articulaires connus au dos et aux genoux, de pertes temporaires de connaissance ayant cessé en 2008 ainsi que d'un cancer de la vessie découvert en septembre 2013 à la suite d'une hématurie macroscopique avec résection endoscopique d'un polype, affection qu'il a lui-même mise sur le compte du tabagisme de l'assuré (plus de 40 UPA [unité paquet année]). D'après cette source, le diagnostic d'un cancer aurait été posé même si le dossier médical ne fait pas mention des examens anatomopathologiques usuels, et il persiste en l'état des brûlures à la miction et une pollakiurie nocturne. Le même expert a repris ces éléments et évoqué d'autres symptômes dans l'anamnèse par système articulée autour des axes neurologique, cardiologique, respiratoire et uro-néphrologique et digestif. A l'issue de son propre examen clinique le 12 mai 2014, il a fait mention d'un patient parfaitement coopérant, adéquat et sans aucune démonstration, ni caractère plaintif (dos. AI 86.1/1-11).

4.1.2 *Du point de vue psychiatrique*, l'expert désigné au sein du CEM n'a pas mis en évidence de psychopathologie ou de facteur médico-psychiatrique à valeur incapacitante, dans un contexte dominé, d'une part, par un fond douloureux permanent avec des exacerbations douloureuses, migrantes, touchant le dos et la plupart des articulations et, d'autre part, par des troubles du sommeil en lien avec les douleurs. Tout au plus, l'expert psychiatre a-t-il fait mention de crises entre 2007 et 2008 (environ cinq épisodes au total) à possible composante psychogène marquée, crises qui ont cependant complètement disparu. En l'état, toujours selon ce spécialiste, il n'existe aucun signe de diminution ou d'altération des fonctions cognitives et la thymie est maintenue. L'expert ne relève pas d'indices en faveur d'une dépression, en particulier ceux d'un pessimisme notoire, d'une diminution de l'estime de soi ou d'une culpabilité (hormis une certaine gêne à dépendre de l'aide sociale). Il exclut par ailleurs tout

trouble anxieux spécifique ou signe de la lignée psychotique, ou encore tout indice orientant vers un trouble de la personnalité chez un assuré socialement bien intégré et bénéficiant d'un excellent soutien familial. L'expert décrit en outre un patient très collaborant pendant l'expertise, sans focalisation excessive sur ses douleurs, ni discordance avec les diagnostics somatiques retenus. Il mentionne aussi que l'assuré a rapporté de petites activités d'entretien de la pelouse et des extérieurs de son immeuble. Le même spécialiste considère en revanche que plusieurs facteurs contextuels (âge, durée du retrait professionnel sans mesures effectives de réinsertion, faibles compétences en dehors de son domaine) rendent illusoire une réintégration sur le marché économique du travail (dos. AI 86.1/12; 86.2/1-4).

4.1.3 *Sous l'angle rhumatologique*, la spécialiste consultée au CEM, également médecin interniste, a diagnostiqué, avec influence sur la capacité de travail, des lombalgies chroniques non spécifiques (M54.5) sur troubles dégénératifs, des cervicalgies chroniques non spécifiques (M54.2) sur troubles dégénératifs avec discopathies étagées C5-C6 et C6-C7, une gonarthrose fémoro-patellaire interne gauche (M17.1) et, sans répercussion sur les aptitudes professionnelles, une arthrose digitale (M19.4). D'après cette spécialiste, l'assuré a développé dès 2001 des lombalgies liées à son activité lourde exercée pendant plus de 20 ans dans le bâtiment et l'évolution demeure défavorable, à mesure que les douleurs s'étendent au fil du temps sous forme d'une irradiation mal systématisée aux membres inférieurs avec fourmillements des deux côtés, au rachis cervical ainsi qu'aux membres supérieurs avec aussi des fourmillements, et qu'apparaissent progressivement des gonalgies mécaniques associées à des épisodes de gonflement articulaire à la marche prédominant à droite. Toujours d'après cette source, les examens paracliniques comprenant des radiographies standard (pratiquées le 13 mai 2014) confirment les troubles dégénératifs du rachis lombaire et cervical ainsi que la gonarthrose gauche interne, respectivement corroborent les douleurs alléguées. Selon l'experte, la situation s'est péjorée en raison de la progression des troubles dégénératifs comprenant désormais également des signes d'arthrose digitale. De l'avis de la même spécialiste, cette évolution au plan médical n'a pas eu d'incidence toutefois sur les aptitudes fonctionnelles du

recourant, lesquelles s'avèrent identiques à celles décrites en 2004 au plan rhumatologique. Conformément à ces aptitudes étayées par le résultat de l'IRM du 17 décembre 2001 et d'autres clichés radiologiques (colonne lombaire, dorsale et cervicale, épaule gauche, bassin), le recourant, de l'avis de l'experte, est en mesure de travailler théoriquement à temps complet dans une activité excluant le port de charges de plus de 5 kg, des mouvements en porte-à-faux du dos, les positions à genoux ou accroupie, des déplacements prolongés ou en terrain irrégulier, et offrant par ailleurs d'alterner régulièrement les postures de travail. L'experte rhumatologue indique encore que l'assuré reste actif malgré ses douleurs, qu'il sort régulièrement de chez lui pour voir des amis, s'occupe d'un petit jardin et conduit son véhicule. Toujours d'après cette spécialiste, le patient s'est montré collaborant à l'examen et n'a exprimé aucun propos revendicateur (dos. AI 86.1/12; 86.3/1-6).

4.1.4 Dans leur synthèse finale (elle-même intégrée dans le corps des constatations cliniques générales), les médecins mandatés dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire ont posé les diagnostics, avec influence sur la capacité de travail, de lombalgies chroniques non spécifiques (M54.5) sur troubles dégénératifs ainsi que de cervicalgies chroniques non spécifiques (M54.2) et, sans répercussions sur cette dernière, d'une arthrose digitale (M19.4). En l'absence de limitations au plan psychique et mental, respectivement de restrictions physiques autres que celles objectivées du point de vue ostéo-articulaire, ils ont entériné le profil d'exigibilité repris de l'expertise rhumatologique jadis mandatée par l'assureur perte de gain et complétée à la demande de l'Office AI (moyennant néanmoins de minimes aménagements par rapport à ce profil d'exigibilité initial qui tolérait le port de charges jusqu'à 15 kg, alors que l'expertise pluridisciplinaire exclut celui-ci au-delà de 5 kg déjà; cpr. dos. AI 16/9-17 et 20/1-2 avec c. 4.1.3 supra). Le CEM a par ailleurs exclu toute diminution de rendement dans une telle activité adaptée et précisé que des mesures professionnelles étaient en théorie envisageables, dans une mesure cependant moindre qu'en 2004 du fait de l'âge, de l'inactivité prolongée et de la pathologie cancéreuse vésicale qui obérait le pronostic vital (dos. AI 86.1/11-14).

4.2

4.2.1 L'expertise pluridisciplinaire du 26 mai 2014 répond aux exigences formelles posées par la jurisprudence relative à la valeur probante des documents médicaux (voir c. 2.4 supra), d'autant qu'elle a été effectuée de manière stationnaire et offre ainsi davantage de recul quant aux observations émises au plan clinique. Elle s'appuie tout d'abord sur le résultat des examens personnels de l'assuré ressortant aux spécialités médicales concernées et eux-mêmes articulés autour de paramètres précis et préétablis. Cette appréciation se fonde ensuite sur une connaissance approfondie de la situation médicale de l'assuré par le biais tant des avis médicaux antérieurs que des éléments rapportés à l'anamnèse médicale ou des plaintes subjectives exprimées, et restitue de manière très claire l'ensemble des faits qui s'en dégagent. Les conclusions des experts, dont rien ne permet de douter des qualifications, sont détaillées, bien étayées, s'avèrent logiques et concluantes et ne laissent pas apparaître d'éléments permettant de soupçonner des contradictions intrinsèques ou des lacunes lors de la genèse de l'expertise. Contrairement à ce qu'allègue le recourant (art. 4, p. 7), les questions concernant l'expertise lui ont bien été soumises en date du 11 décembre 2013 par l'intimé, au moyen d'un catalogue de questions ad hoc rédigées avant que n'intervienne la désignation aléatoire du CEM concerné (art. 72^{bis} du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]) et des spécialistes mandatés auprès de celui-ci, mais en connaissance alors déjà des disciplines médicales concernées (médecine interne, rhumatologie/orthopédie, psychiatrie; dos. AI 75/1-3). Suite à cette communication de l'AI, l'assuré, par son mandataire, a du reste indiqué qu'il n'avait «à ce stade (...) pas de questions complémentaires à faire poser aux experts qui seront désignés» (dos. AI 79/1). A l'appui de son recours, il n'a pas davantage énuméré les questions qu'il aurait, en sus de celles formulées par l'intimé, souhaité poser aux spécialistes.

4.2.2 Sur le plan du contenu matériel du rapport d'expertise, contrairement également à ce qui est allégué dans le recours (art. 4, p. 7 à 9), l'on précisera encore qu'il n'était pas du ressort des experts mandatés au CEM d'énumérer exactement les emplois sur le marché répondant aux

critères d'exigibilité retenus, respectivement de se prononcer quant à leur éventuelle disponibilité. Comme cela a été esquissé plus haut en effet (c. 2.4), le médecin chargé d'une expertise médicale doit donner son appréciation médicale du cas et indiquer la capacité de travail existante chez l'assuré examiné *dans un certain type de travail* (lourd/léger, avec/sans changements de position réguliers, avec/sans limitations de certains mouvements, avec/sans pause, durée du travail. etc.), ainsi que son rendement dans celui-ci. Son approche est concrète en ce sens qu'il se penche sur les capacités spécifiques de la personne concernée. Elle n'a néanmoins pas à tenir compte de l'évolution du marché du travail, qui ne relève pas de la capacité concrète de l'assuré d'exercer une certaine activité ou un certain type de profession, mais de la possibilité économique de lui trouver un tel emploi adapté à sa situation personnelle. Le Tribunal fédéral (TF) a encore spécifié que le revenu raisonnablement exigible en dépit de l'atteinte à la santé doit être évalué par rapport à un marché du travail équilibré, sans qu'il ne puisse être posé d'exigences trop élevées quant à la concrétisation des opportunités professionnelles ou des perspectives de gain (ATF 138 V 457 c. 3.1 avec références citées). En dépit des objections de l'assuré (recours, art. 4, p. 7 à 9), l'intimé s'est en outre prononcé sur le rendement offert dans un emploi adapté au handicap en excluant toute restriction de ce point de vue (c. 4.1.4 supra).

4.2.3 L'évaluation précitée des experts est de plus corroborée par d'autres éléments au dossier, en particulier l'appréciation du généraliste traitant qui a théoriquement reconnu à son patient une capacité de travail et de rendement entière dans des travaux légers comme concierge ou surveillant et a ensuite nuancé ou revu ces exigences pour des motifs étrangers au champ strictement médical (c. 5.1 infra; voir rapports médicaux AI de ce médecin des 7 novembre 2003, 29 mars 2005, 17 décembre 2010, 28 novembre 2011 et 24 mai 2012 au dos. AI 5/4 ch. 2.1; 16/2 ch. 4; 53/1; 58/1; 61/2). Dans un rapport AI du 24 février 2004, le rhumatologue traitant a pour sa part, certes, exclu toute réinsertion professionnelle en raison des douleurs diffuses et de l'état psychologique de l'assuré (dos. AI 12/1-3 ch. 2). Peu auparavant, il faisait cependant part de sa difficulté à poser un diagnostic précis chez un patient présentant des douleurs «de surcharge» en raison d'une activité professionnelle très

lourde et manifestait son étonnement quant au fait que la mobilité articulaire soit néanmoins relativement conservée, excepté aux épaules, sans signe inflammatoire objectif. Il indiquait encore qu'étant donné le manque d'éléments matériels, il craignait que l'AI ne refuse le cas et que l'on se retrouve dans une situation extrêmement pénible autant pour le patient que pour le médecin (rapport y relatif du 19 juillet 2003 au dos. AI, en particulier 5/6).

Dans ce prolongement, l'expertise rhumatologique réalisée le 6 juillet 2004 sur mandat de l'assureur perte de gain et destinée à apprécier les empêchements encourus dans la seule activité usuelle de maçon a estimé illusoire la reprise de cette activité vu les limitations fonctionnelles présentées par l'assuré dans sa capacité de porter ou de soulever des charges de plus de 15 kg, de demeurer en position statique assise ou debout prolongée, respectivement de porter des charges à bout de bras et principalement en porte-à-faux avec le rachis lombaire. De fait, l'expert a recommandé un reclassement professionnel ou un placement par le biais de l'AI. Toujours d'après cette source médicale, les doléances de l'assuré (essentiellement des lombalgies, mais également des cervicalgies et des douleurs au niveau de la région latérale de la hanche droite) ont été confirmées tant par l'examen clinique que le bilan radiologique, sans aucun signe d'amplification ou de surcharge fonctionnelle. Dans son complément du 22 avril 2005 à l'attention de l'AI, le même expert a précisé que l'assuré disposait d'une capacité de travail à 100% dans un travail adapté respectant les limitations fonctionnelles décrites dans l'activité de maçon et a recommandé un stage d'observation professionnelle afin d'évaluer la faisabilité d'un reclassement et la motivation de l'intéressé. Un autre expert rhumatologue mandaté courant septembre 2004 par le généraliste traitant a également confirmé ces exigences (dos. AI 16/7 et 8) et même le résultat de l'observation auprès du COPAI n'apparaît au reste pas fondamentalement incompatible avec celles-ci. Le médecin mandaté dans le cadre de la mesure d'observation, spécialiste en néphrologie et médecine interne générale, a en effet attesté d'une capacité de travail à plein temps avec un rendement «légèrement diminué» vers 60 à 70% (et non jusqu'à 50% comme retenu dans le rapport final de l'observation) dans une activité légère, simple et répétitive, offrant d'alterner les postures,

comme dans l'usinage sur machines réglées, le transport de petit matériel léger ou le montage mécanique. Il a de plus recommandé une reprise progressive du travail afin de permettre au recourant de regagner confiance en ses possibilités (voir son rapport du 18 juin 2007). Enfin, le SMR, dans sa tâche de conseil qui lui est confiée par l'art. 49 al. 3 RAI, par le biais d'un spécialiste en médecine interne, a lui aussi entériné le profil d'exigibilité établi par l'expertise pluridisciplinaire et lui a d'autant plus accordé valeur probante qu'il s'inscrivait dans la continuité de celui établi en 2004 (rapport du 24 novembre 2014).

4.2.4 Compte tenu de tous ces éléments, l'évaluation à laquelle ont procédé les experts médicaux, aussi en connaissance du rapport du médecin-conseil du COPAI et de l'absence de suite donnée au projet concret de réadaptation en atelier (dos. AI 86.1/5 et 12), n'a pas à être revue après avoir organisé une nouvelle observation professionnelle, ainsi que semble le requérir le mémoire de recours, comme moyen de preuve supplémentaire, déjà au stade de l'appréciation médico-théorique de la capacité de travail (art. 5, p. 11 et 12). Toute force probante ne peut certes être déniée aux résultats de stages professionnels (SVR 2013 IV n° 6 c. 2.3.2). Cependant, l'évaluation médicale des experts du CEM relative aux réelles capacités de travail résiduelles est bien plus fiable qu'une (nouvelle) appréciation basée sur une observation professionnelle en atelier protégé qui sera, par la nature même de la mesure, forcément influencée par ce que l'assuré non seulement peut objectivement démontrer, mais aussi veut subjectivement faire apparaître. Ceci est d'autant plus vrai en l'espèce que d'autres facteurs que l'incapacité de travail médico-théorique, étrangers à la notion d'invalidité, font obstacle à une réintégration optimale sur le marché du travail et aussi dans un stage d'observation (c. 5 infra, notamment c. 5.2).

5.

Il reste cependant à examiner si le recourant est en mesure d'exploiter sur le marché libre de l'économie la capacité de travail médico-théorique reconnue.

5.1 De jurisprudence constante, une absence d'activité lucrative pour des motifs étrangers à l'invalidité (tels qu'un âge avancé, un manque de formation ou des difficultés linguistiques) ne sont pas propres à justifier un droit à une rente. Ce dernier est en effet conditionné par l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé (ATF 107 V 17 c. 2c; VSI 1999 p. 246 c. 1). De plus, il n'y a incapacité de gain que si l'atteinte médicale n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 phr. 2 LPGA; voir aussi c. 2.3 supra). Tant pour les atteintes dont l'origine est connue ou objectivable (par imagerie médicale), que pour les atteintes dont l'étiologie et la causalité sont incertaines, les indications subjectives de la personne assurée ne suffisent pas à elles seules à établir une incapacité de travail déterminante au sens du droit de l'AI. Elles doivent encore faire l'objet d'un examen de plausibilité consciencieux quant aux limitations fonctionnelles alléguées (ATF 140 V 290 c. 3.3.1).

5.2 Dès leurs premières constatations, tout en décrivant une capacité résiduelle de travail et en soutenant le souhait exprimé de retrouver un travail moins dur, les médecins impliqués dans le suivi de l'assuré se sont montrés très pessimistes quant aux possibilités de réadaptation dans un autre milieu professionnel, au vu de l'usure physique de leur patient, respectivement de son épuisement psychologique et des douleurs subjectivement ressenties (dos. AI 5/2 let. D; 5/4 ch. 2.2; 5/5 et 6; 12/2 let. D et E et 12/3; c. 4.2.3 supra). Les médecins ont toutefois, dès 2004, aussi décrit des callosités aux mains (expliquées sur demande par des travaux de jardinage), voire des traces de peinture et probables traces de mortier sur le membre supérieur droit (dos. AI 16/7 [rhumatologue consulté en 2004]; 16/13 [rhumatologue mandaté par l'assureur perte de gain]; 43/12 [médecin du COPAI]), et signalé des signes de dolence ainsi que de manque d'endurance, de même qu'une motivation entamée au fil du temps (volonté exprimée de travailler et passé de travailleur prouvant la bonne volonté de l'assuré, mais conviction personnelle de ce dernier que cela ne sera plus possible; dos. AI 16/7 et 8; 43/13). En outre, les médecins consultés et les intervenants au plan professionnel (division de réadaptation de l'AI, COPAI), bien qu'admettant que l'assuré dispose de ressources adaptives et continue d'exercer certaines activités et d'entretenir des contacts sociaux, ont encore évoqué d'autres

circonstances propres à tenir en échec une réadaptation, à savoir l'absence de formation, les lacunes au plan linguistique (connaissances en italien et français limitées), l'impossibilité de lire et d'écrire en français (ou dans une autre langue nationale), l'habitude des chantiers et le manque de dextérité fine, l'abord quelque peu fruste de l'assuré et son âge, la récente pathologie cancéreuse affectant le pronostic vital, l'inactivité professionnelle prolongée, en plus de l'absence de réelle motivation déjà évoquée (dos. 16/2 ch. 4; 16/8; 20/2; 32/1; 43/3-7; 53/5 à 7; 86.1/14 ch. 1).

Les difficultés relevant du manque d'adaptation culturelle de l'assuré ne sont pas propres à justifier son inactivité du point de vue de l'AI et à tenir en échec la capacité de travail résiduelle médico-théorique reconnue de manière pratiquement unanime au dossier, qui a été confirmée selon le profil d'exigibilité posé par l'expertise pluridisciplinaire (probante, c. 4.2 supra). En effet, une des tâches des experts médicaux consistait précisément à définir l'activité (médico-théorique) encore exigible du recourant malgré les atteintes à la santé, en faisant abstraction des autres obstacles à une réintégration dans le monde du travail. Leur estimation, faite en toute connaissance du dossier, y compris du rapport du COPAI, l'emporte justement sur l'appréciation de cette dernière institution, qui se fonde sur l'observation de l'ensemble des limitations du recourant, que celles-ci proviennent ou non d'atteintes malades. Un panel très large d'activités dans le circuit socioprofessionnel ordinaire est susceptible de correspondre aux handicaps de l'assuré, à savoir des emplois corporels légers alternant régulièrement les positions et sans exigences élevées quant à la motricité fine ou certaines postures de contrainte. Pour le constater, il est superflu d'organiser un nouveau stage d'observation professionnelle comme semble aussi le demander le recourant au stade de la détermination de la capacité de gain (voir déjà c. 4.2.4 supra s'agissant de l'estimation de la capacité de travail).

5.3 Le recourant ne peut pas non plus tirer argument de son âge. Le TF a considéré, dans l'arrêt publié aux ATF 138 V 457 (c. 3.3), que la question de la mise en valeur de la capacité de travail, respectivement de la capacité résiduelle de travail, en cas d'âge avancé, s'examinait au moment où l'exigibilité médicale d'une capacité de travail totale ou partielle

est constatée. En l'occurrence, le recourant savait depuis 2003 au moins (il en avait déjà été averti en 1992; dos. AI 16/2 ch. 2c) qu'il ne pourrait plus exercer son emploi dans le bâtiment à plus ou moins long terme, mais que des activités plus légères et mieux adaptées lui restaient accessibles. Du reste lui-même, malgré l'attestation de son incapacité totale de travail en tant que maçon, a continué d'assumer certains travaux de jardinage ou ménagers, en consacrant du temps à ses proches et en conduisant un véhicule (dos. AI 43/3 et 5; 86.1/9 et 10). Selon le rapport du 7 novembre 2003 de son médecin traitant, à cette période, il souhaitait trouver un emploi moins dur. Or, à fin 2003, le recourant avait 52 ans et n'avait donc de loin pas encore atteint l'âge à partir duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste de mise en valeur de la capacité résiduelle de travail sur un marché du travail supposé équilibré (TF 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 c. 4.3 et références).

5.4 Certes, l'on ne saurait nier que la procédure introduite par la demande de prestations parvenue le 10 octobre 2003 à l'intimé, en dépit de plusieurs courriers tant des services sociaux que du mandataire du recourant (dos. AI 63/1, 71/2, 74/1, 80/1), a connu plusieurs temps morts (notamment après un changement de spécialiste en réadaptation responsable du dossier, entre la décision de refus de droit à des mesures professionnelles par décision du 22 juin 2011 et l'organisation de l'expertise dans un CEM mise en œuvre le 11 décembre 2013). Ces circonstances regrettables, ce qu'a aussi reconnu l'intimé à fin 2013 (dos. AI 77/1), ne changent rien au fait que dès 2003 au plus tard, le recourant devait savoir qu'il ne pourrait plus reprendre son ancien emploi, mais que des activités plus légères et adaptées lui étaient ouvertes (telles celles qu'il exerçait dans ses loisirs). L'obligation de réadaptation personnelle qui lui incombait en vertu de son obligation générale de diminuer le dommage primait non seulement sur le droit à la rente, mais également sur le droit à une réadaptation professionnelle (c. 2.3 supra). Il lui appartenait de mettre tout en œuvre pour retrouver un travail adapté de par lui-même, éventuellement avec l'appui de l'assurance-chômage, voire en soumettant des projets concrets à l'intimé, puisqu'une certaine invalidité ne pouvait être niée, même si celle-ci n'était pas suffisante à l'obtention d'une rente. L'assuré ne pouvait se contenter d'attendre les propositions de l'intimé. Il est du reste

compréhensible que ce dernier, au vu de l'ambivalence entre la capacité de travail reconnue dans des emplois adaptés et les pronostics peu encourageants des médecins traitants (c. 5.2 supra; voir aussi dos. AI 16/4 ch. 9), ainsi que les déclarations du recourant aux spécialistes en réadaptation (souci de ne pouvoir garantir une présence régulière à un poste de travail, même en atelier protégé, rapporté au «Protokoll per 27.03. 2015» qui existe depuis 2010 [voir dos. TA]), ait hésité à organiser des mesures de réadaptation. Comme déjà relevé, la date de la décision finissant quand même par refuser toute rente n'est en rien déterminante pour juger de l'accessibilité au marché du travail (c. 5.3 supra). Lorsque les simples courriers restent vains, il existe des moyens juridiques pour contester la façon dont un office AI gère un dossier, en particulier le recours pour déni de justice, voie qu'évoque d'ailleurs le mandataire du recourant dans certains de ses courriers adressés à l'intimé, voire, si les conditions strictes en sont réunies, une demande en réparation à adresser à l'autorité concernée (art. 78 LPG). En tout état de cause, les retards ayant ralenti la procédure, quand bien même devraient-ils être imputés à l'intimé, ne pourraient en aucun cas servir à motiver un droit à une rente.

6.

Au vu de ce qui précède, il reste à calculer le taux d'invalidité du recourant.

6.1 Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à une même période et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'à la date de la décision être prises en compte (ATF 129 V 222, 128 V 174; SVR 2003 IV n° 11 c. 3.1.1). En l'occurrence, l'assuré a présenté une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable au plus tôt à partir du 2 juin 2004 (dos. AI 16/1 § B). Il a par ailleurs déposé sa demande de prestations en octobre 2003. Le droit à la rente peut ainsi prendre naissance au plus tôt à partir de juin 2004 (et non du 1^{er} novembre 2005 comme indiqué dans le recours), de sorte que c'est à bon droit que l'intimé a retenu l'année 2004 comme année

de référence pour la comparaison des revenus (ancien [anc.] art. 29 al. 1 let. b LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 et art. 28 al. 1 let. b LAI en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008; anc. art. 48 al. 2 LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007; voir aussi Lettre-circulaire n° 253 du 12 décembre 2007 de l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS], domaine AI).

6.2 S'agissant du *revenu sans invalidité*, se fondant sur les indications du dernier employeur (dos. AI 7/1-3; 32/2; Fr. 58'272.- en 2002), l'intimé a estimé que l'assuré, sans atteinte à la santé et après indexation jusqu'en 2004 (Indice des salaires nominaux, T1.93, valeur totale, table disponible à partir du site internet de l'Office fédéral de la statistique [OFS]: 2002: 111.5; 2004: 114.1), aurait perçu un revenu annuel de Fr. 59'630.80. Rien ne justifie de s'écarter de ce montant, incontesté en tant que tel et qui s'avère en tous les cas plus favorable au recourant que si l'intimé avait opté pour une indexation du revenu sans handicap d'après la valeur spécifique au secteur de la construction ici concerné (Indice des salaires nominaux, F45 construction: 2002: 111.2; 2004: 112.7).

Le recourant n'ayant plus exercé d'activité lucrative exigible adaptée à son état depuis la survenance de l'atteinte à la santé, selon la jurisprudence, l'intimé s'est fondé sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), publiée régulièrement par l'OFS (ATF 135 V 297 c. 5.2; SVR 2010 IV n° 52 c. 4.3.1). Pour déterminer *le revenu d'invalidé*, bien que l'assuré ne soit certes plus en mesure d'effectuer des travaux physiques contraignants, l'intimé s'est à juste titre référé au revenu brut général dans des activités simples et répétitives (niveau d'exigences 4), chez les hommes, susceptible de recenser un grand nombre d'emplois légers, puis a adapté le salaire brut standardisé de l'ESS fondé sur un horaire de travail hebdomadaire de 40 heures à la durée de travail hebdomadaire moyenne usuelle dans les entreprises (ATF 126 V 75 c. 3b/bb). En outre, l'intimé a procédé à un abattement de 10% (des 25% représentant le maximum possible) sur le salaire statistique retenu, ce, en raison des caractéristiques de la personne de l'assuré qui laissent supposer que les capacités résiduelles de ce dernier ne seront rémunérées que par un revenu inférieur à la moyenne sur le marché du travail (ATF 135 V 297 c. 5.2, 134 V 322 c. 5.2). Ce faisant, sur la base de l'ESS 2004 (table TA1, hommes, niveau 4, valeur totale, soit

Fr. 4'588.- par mois, 12 fois l'an), l'on obtient, après adaptation au temps de travail usuel moyen de 41,6 heures par semaine en 2004 (valeur totale) et prise en compte d'un abattement de 10%, un revenu annuel de Fr. 51'532.40. Certaines statistiques indiquent un temps de travail moyen de 41,7 heures par semaine en 2004 mais, puisque le revenu avec invalidité en serait augmenté, elles seraient encore plus défavorables au recourant.

6.3 Après comparaison de ce montant avec le revenu sans invalidité de Fr. 59'630.- défini plus haut, il en résulte un degré d'invalidité de 14% (après arrondissement; ATF 130 V 121), taux inférieur au degré minimal de 40% nécessaire pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité (c. 2.1 supra). A toutes fins utiles, l'on précisera encore qu'un abattement maximal de 25% sur le revenu de personne invalide ne déboucherait toujours pas sur l'octroi d'une rente AI (degré d'invalidité arrondi de 28%).

7.

7.1 Au vu de ce qui précède, le recours dirigé contre la décision du 19 janvier 2015 doit être rejeté.

7.2 Le recourant n'obtenant pas gain de cause, les frais de la présente procédure, fixés à un émolument forfaitaire de Fr. 700.-, doivent être mis à sa charge (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Ils sont compensés par l'avance de frais fournie.

7.3 Vu l'issue de la procédure, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant (art. 61 let. g LPGA a contrario).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 700.-, sont mis à la charge du recourant et compensés par son avance de frais.
3. Il n'est pas alloué de dépens.
4. Le présent jugement est notifié (R):
 - au mandataire du recourant,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales.

La présidente:

La greffière:

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification écrite de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).