

200.2014.646.AI

CHA/BEJ

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

Jugement du 18 mai 2015

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
M. Moeckli et C. Tissot, juges
A. de Chambrier, greffier



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 4 juin 2014

En fait:

A.

A. _____, né en 1968, arrivé en Suisse en 1993 est marié et père de deux enfants majeurs. Sans formation professionnelle certifiée, il a travaillé pour la même entreprise depuis 1994, d'abord comme manœuvre au stockage du matériel, puis, dès 2004, et suite à des problèmes de santé, comme opérateur dans le découpage, activité pouvant être exercée en position assise, sans port de charges lourdes.

B.

Le 23 juillet 2007, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), en indiquant souffrir d'une hernie discale et de dépression. Après diverses mesures d'instruction, l'Office AI Berne a octroyé à l'assuré une orientation professionnelle, puis un entraînement au travail auprès de son employeur du 18 août au 9 novembre 2008. Après avoir consulté le Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), l'Office AI Berne a ordonné une expertise pluridisciplinaire dans un centre d'observation médical de l'assurance-invalidité (COMAI; en l'occurrence le Centre d'expertise médicale à C. _____), auprès de spécialistes en médecine interne, en psychiatrie et en rhumatologie. Le COMAI a rendu son rapport le 20 août 2009. Le 29 octobre 2009, l'employeur de l'intéressé a résilié le contrat de travail de ce dernier pour le 31 janvier 2010, en invoquant une participation insuffisante de celui-ci durant les 5 dernières années. Suite à ce licenciement, l'assuré s'est inscrit à l'assurance-chômage. Par le biais de l'Office régional de placement (ORP), il a notamment bénéficié d'un stage d'évaluation, selon ses dires à plein temps, auprès d'une fondation spécialisée. Le 20 mai 2011, l'Office AI Berne a rejeté la demande de mesures professionnelles déposée par l'assuré, au motif qu'un traitement chirurgical des lombaires était préconisé et que l'état de santé de ce dernier n'était pas stabilisé. Après avoir procédé à de nouvelles mesures d'instruction, notamment auprès des psychiatres traitants de l'assuré et du

SMR, l'Office AI Berne, par préorientation du 4 mars 2014, a informé l'assuré qu'il envisageait de rejeter sa demande de prestations, faute d'atteinte à la santé invalidante. En dépit des objections formulées par l'intéressé, par l'intermédiaire d'un mandataire, et après consultation du SMR, l'Office AI Berne a confirmé le contenu de sa préorientation par décision du 4 juin 2014.

C.

Le 4 juillet 2014, l'assuré, par le même représentant, a interjeté recours contre la décision précitée de l'Office AI Berne du 4 juin 2014 auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA), en concluant, sous suite des frais et dépens, principalement, à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité d'au moins 50% et, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

Dans son mémoire de réponse du 9 septembre 2014, l'Office AI Berne a conclu au rejet du recours. Le 12 septembre 2014, le mandataire du recourant a fait parvenir sa note d'honoraires au TA.

En droit:

1.

1.1 La décision du 4 juin 2014 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et refuse au recourant le droit à des prestations AI. L'objet du litige porte quant à lui sur l'annulation de cette décision et, principalement, sur l'octroi d'au moins une demi-rente d'invalidité à l'assuré et, subsidiairement, sur le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

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, représentée par un mandataire dûment légitimé, 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] et art. 15 et 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 Sur le plan temporel, sont en principe applicables – sous réserve d'une règle contraire de droit transitoire – les dispositions en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits ou au moment de l'état de fait ayant des conséquences juridiques (ATF 140 V 41 c. 6.3.1, 132 V 215 c. 3.1.1). Lors de l'examen d'un droit à la rente de l'AI qui serait éventuellement déjà né avant l'entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2008 de la 5^{ème} révision de l'AI, il convient, en application des règles générales intertemporelles, d'examiner le droit pour la période allant jusqu'au 31 décembre 2007 selon les anciennes dispositions, puis, à partir de cette date, selon les nouvelles dispositions. Concernant la détermination du degré d'invalidité, la 5^{ème} révision de l'AI n'a pas amené de modifications substantielles par rapport à la situation de droit valable jusqu'au 31 décembre 2007, de sorte que la jurisprudence rendue sous l'ancien droit reste déterminante (TF 8C_373/2008 du 28 août 2008 c. 2.1).

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 en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008; ancien [anc.] art. 7 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de l'existence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

2.3 Selon l'art. 28 al. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), ont droit à une rente les personnes assurées dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir leurs travaux habituels ne peut pas être établie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qui ont présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui au terme de cette année sont invalides (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. b et c). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, 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 dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008; ancien [anc.] art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007).

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 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 c. 4).

3.

3.1 Sur le plan médical, l'intimé a essentiellement fondé sa décision du 4 juin 2014 sur le rapport d'expertise interdisciplinaire du COMAI du 20 août 2009 et sur les avis du SMR des 22 août et 14 novembre 2013. Le recourant conteste la valeur probante de ce rapport d'expertise, en faisant valoir que celui-ci est contradictoire et ne prend pas en compte l'ensemble des éléments au dossier.

3.2 Dans le rapport précité du 20 août 2009, les experts du COMAI ont diagnostiqué, en tant qu'atteinte avec des répercussions sur la capacité de travail, un trouble anxieux et dépressif mixte avec des séjours en clinique psychiatrique en 2004, 2006, 2007 et 2008 et un tentamen médicamenteux en 2008, ainsi qu'une discopathie lombaire avec opération d'une hernie discale L4-L5 en 2002. Sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont retenu une meralgie paresthésique droite, un syndrome somatoforme douloureux persistant avec des dorsalgies chroniques, des cervicalgies chroniques, des épigastralgies chroniques et des douleurs pelviennes chroniques, ainsi qu'une neuropathie des petites fibres sensitives (small fiber neuropathy), un status post-excision d'adénomes tubulaires avec néoplasie intra-épithéliale au niveau colique et une obésité. Selon les experts, la discopathie lombaire diagnostiquée ne permettait pas au recourant d'effectuer des travaux lourds; ce dernier devait éviter les mouvements contraignants pour le dos et pouvoir changer de position toutes les 30 à 60 minutes. Ne constatant pas de limitation mentale, les experts ont précisé que, sur le plan psychique, les facultés d'adaptation de l'assuré étaient vite dépassées et que ce dernier se sentait submerger par le stress et l'anxiété. Relevant que le recourant présentait une incapacité de travail d'au moins 20% depuis 2002, les experts ont estimé que l'intéressé restait apte à effectuer toutes les tâches de la dernière activité exercée par ce dernier en tant qu'ouvrier en découpage. Dans une telle activité adaptée, l'assuré présentait, selon eux, depuis 2002, une pleine capacité de travail, sans perte de rendement. Ils relevaient qu'à ce poste, la station assise prolongée entraînait certes des douleurs lombaires, mais que l'assuré avait la possibilité de changer régulièrement de position pour soulager ces dernières. Ils ont insisté sur la nécessité d'un encadrement

psychothérapeutique et d'une reprise de travail progressive, d'abord à 50%, puis augmentée à 100% en 3 à 6 mois, en ajoutant que le recourant présenterait toutefois un risque d'absentéisme psychique pour cause de consultation en urgence ou d'hospitalisation.

3.3 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).

3.4

3.4.1 L'expertise du COMAI du 20 août 2009, qui se fonde sur des examens personnels de l'intéressé et prend en compte les plaintes subjectives de ce dernier, n'est pas exempte de contradictions. On peut notamment y lire que, d'une part, les troubles psychiques ne sont pas sévères au point d'interférer avec la capacité de travail du recourant (dossier [dos.] AI doc. 36 p. 12), alors que, d'autre part, le trouble anxieux et dépressif mixte est classé sous la rubrique des diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail (dos. AI doc. 36 p. 10). Dans son évaluation du 12 mai 2009, l'expert psychiatre du COMAI confirme également le caractère incapacitant des troubles susmentionnés lorsqu'il indique que, du point de vue psychiatrique, la capacité de travail du recourant est moyennement diminuée (dos. AI doc. 36 p. 24) et qu'un

travail psychothérapeutique soutenu et l'observance du traitement psychopharmacologique devraient permettre à l'assuré de recouvrer une capacité de travail entière (dos. AI doc. 36 p. 25). Le fait de mentionner l'existence d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis 2002 et d'indiquer par ailleurs que le recourant ne pourra reprendre une activité professionnelle qu'au taux de 50%, avec une augmentation progressive à 100% en 3 à 6 mois, avec un encadrement psychothérapeutique (dos. AI doc. 36 p. 13 et 24) est également contradictoire. Au demeurant, on s'étonne qu'un tel encadrement puisse permettre d'atteindre une pleine capacité de travail dans ce laps de temps, alors que l'expert psychiatre souligne que les nombreux essais thérapeutiques tentés depuis des années se sont soldés par des échecs successifs et qu'un travail psychothérapeutique intensif et une confrontation au risque de perdre son statut risquent d'avoir des résultats médiocres (dos. AI doc. 36 p. 23).

3.4.2 Par ailleurs, l'expertise pluridisciplinaire en cause est également lacunaire. Les diagnostics et la pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis 2002 retenus par les experts est en effet contredite par d'autres éléments au dossier, sur lesquels ces derniers ne se prononcent pas. Dans leur rapport du 11 décembre 2007, une médecin assistante et le médecin en chef du service psychiatrique régional retenaient une incapacité totale de travailler du 27 mars au 5 juin 2006 et du 5 février au 6 mai 2007, en raison de troubles psychiatriques, et de 50% dès le 7 mai 2007. Comme diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail, les médecins précités mentionnaient un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (F33.2, selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10], de l'organisation mondiale de la santé [OMS]), existant depuis 2004, un syndrome douloureux somatoforme persistant (CIM-10 F45.4) et un status post-opération d'une hernie discale en 2002 (dos. AI doc. 13). L'état de santé psychique de l'assuré s'est dégradé depuis décembre 2007, ce dernier a été hospitalisé pour des soins psychiatriques du 13 mars au 22 avril 2008 (dos. AI doc. 22 et 36 p. 129) et a, par la suite, présenté une période d'incapacité totale de travailler (dos. AI doc. 22, confirmée par l'employeur, dos. AI doc. 20 p. 2). En outre, la

mesure d'entraînement au travail, planifiée du 18 août au 9 novembre 2008, qui a été approuvée par un psychiatre du service régional et par le SMR avait comme objectif de progressivement atteindre un taux d'occupation de 50% (dos. AI doc. 21, 22 et 23). Cette mesure s'est soldée par un échec et la division réadaptation professionnelle de l'intimé a indiqué dans son rapport final du 19 novembre 2008 que les performances de l'assuré ne pouvaient pas être exploitées sur le marché du travail habituel et que seule une place de type occupationnel et thérapeutique entrerait en ligne de compte (dos. AI doc. 30). Au surplus, le dernier employeur de l'assuré, pourtant compréhensif, faisait état, en avril 2008, d'un rendement de 20% (dos. AI doc. 20 et 22) et proposait, suite à l'entraînement au travail précité, d'offrir un emploi protégé au recourant, avec une rémunération brute mensuelle de Fr. 500.- (dos. AI doc. 30). Au vu des divergences existant entre ce qui précède et le profil d'exigibilité retenu par les experts depuis 2002, on aurait attendu de ces derniers qu'ils expliquent pour quels motifs ils ont écarté les appréciations des médecins, du spécialiste en orientation professionnelle et de l'employeur susmentionnés. Faute d'être suffisamment motivé, on ne peut pas retenir avec une vraisemblance prépondérante le profil d'exigibilité retenu par les experts, à tout le moins, pour l'ensemble de la période antérieure à leur expertise.

En outre, si la période couverte par la demande du 23 juillet 2007 peut en principe rétroagir au 1^{er} juillet 2006 (anc. art. 48 al. 2 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), il convient également de tenir compte d'éventuelles interruptions notables de l'incapacité de travail conformément à l'art. 29^{ter} du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201); une telle interruption étant donnée lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant 30 jours consécutifs au moins (art. 28 al. 1 let. b LAI; anc. art. 29 al. 1 let. b LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007). Dans le cas présent, même en retenant l'incapacité de travailler d'au minimum 20% depuis 2002 mentionnée par les experts, il conviendrait de constater que le délai d'attente a été interrompu suite à la reprise d'une activité à plein temps par le recourant du 6 juin 2006 au 4 février 2007 (selon les déclarations de l'employeur; dos. AI doc. 20 p. 2). Dans de telles circonstances, le délai d'attente a commencé à courir dès le 5 février 2007 et serait ainsi échu au

plus tôt au 1^{er} février 2008. Or, les experts ne se prononcent pas sur l'évolution de la capacité de travail du recourant entre le moment où une rente pourrait naître, soit, en principe, dès cette dernière date (sous réserve d'une autre échéance dudit délai révélée par l'instruction complémentaire à venir; voir c. 6.1 ci-dessous), et leur expertise d'août 2009. Faute d'être discutée, on ne peut pas simplement ignorer l'incapacité de travail de 50% retenue par le service psychiatrique régional dans son rapport du 11 décembre 2007, qui a été suivie par une période d'incapacité totale de travailler, de même que les indications de l'employeur, du spécialiste en orientation professionnelle et l'incapacité de 50% évoquées par les experts durant 3 à 6 mois.

3.5 Au vu de ce qui précède, les contradictions et les lacunes constatées empêchent de reconnaître une valeur probante entière à l'expertise du COMAI du 20 août 2009.

4.

4.1 Au demeurant, même si l'on devait reconnaître une telle valeur entière à ladite expertise, il ne serait pas possible de justifier l'absence totale d'invalidité pendant toute la période couverte par la demande de prestations de juillet 2007 retenue par l'Office AI Berne et cela même en procédant à une appréciation juridique des résultats de l'expertise. En effet, si cette dernière retient une pleine capacité de travail dans une activité adaptée sans perte de rendement depuis 2002, elle précise également qu'il faut s'attendre à un absentéisme pour des raisons psychiques, des consultations en urgence ou des hospitalisations (dos. AI doc. 36 p. 13). Or, selon le Tribunal fédéral (TF), le risque d'absences non programmables du travail justifie au moins un abattement, voire une absence de chances de mettre à profit la capacité de travail résiduelle (TF 9C_485/2014 du 28 novembre 2014 c. 3.3.3.1 à 3.3.4 et 9C_728/2009 du 21 septembre 2010 c. 4.3). Certes, un abattement global maximal de 25% (ATF 135 V 297 c. 5.2, 134 V 322 c. 5.2; SVR 2011 IV n° 31 c. 4.1.1) ne suffirait pas pour l'octroi d'une rente, mais un tel constat ne permet pas de conclure à

l'absence de toute invalidité (ainsi que l'admet la décision attaquée) sans autre motivation supplémentaire.

4.2 Au surplus, il s'est écoulé plus de 5 ans entre les examens effectués par les experts en avril 2009 et la décision attaquée du 4 juin 2014; les résultats de l'expertise sont ainsi dépassés. Les avis du SMR des 22 août et 14 novembre 2013 indiquant que les conclusions de l'expertise restaient applicables et que des investigations médicales supplémentaires n'étaient pas nécessaires (dos. AI doc. 91 et 94) ne sont pas étayés à suffisance, ne reposent pas sur un examen personnel, notamment psychiatrique, de l'assuré et, partant, ne sauraient l'emporter avec une vraisemblance prépondérante.

4.3 Par ailleurs, concernant le délai d'attente, il sied de relever qu'au regard des diverses périodes d'incapacité de travail figurant au dossier, de 20% depuis 2002 selon les experts, de 100% du 5 février au 6 mai 2007, puis de 50% dès le 7 mai 2007, avec une dégradation en décembre 2007, selon le service psychiatrique régional, il n'est pas exclu que le recourant ait présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne pendant une année (le délai pouvant en principe courir dès le 4 février 2007; voir c. 3.4.2 ci-dessus) et qu'à l'échéance de ce délai d'attente, il ait pu prétendre à l'octroi d'une rente (à tout le moins de durée limitée, en raison d'une invalidité de plus de 40%; voir c. 2.3 ci-dessus). Dans un tel cas de figure, se poserait encore la question de savoir s'il faut ou non compter la période de réhabilitation prévue par l'expertise, qui est due à des limitations d'ordre psychique (début de l'activité à 50% avec une augmentation progressive à 100% en 3 à 6 mois; voir SVR 2015 IV n° 16 c. 5 [= TF 9C_662 et 663/2013 du 2 décembre 2011] et TF 9C_985/2008 du 20 juillet 2009 c. 5.3, cas où une telle période curative ou de réinsertion n'est pas prise en compte, mais aussi TF I 286/06 du 5 juillet 2006 qui fixe la fin de l'incapacité de travail en comptant la période de reprise progressive du travail). L'expertise en l'état ne renseigne sur la nature (relevant de l'invalidité ou non) de la période de réinsertion professionnelle.

5.

Concernant les autres documents au dossier, on peut pour l'essentiel mentionner les éléments suivants.

5.1 Le 7 juin 2004, les médecins de la clinique et policlinique neurologique d'un hôpital universitaire ont indiqué que le recourant avait été hospitalisé pour des problèmes de dysesthésie au niveau des membres inférieurs du 4 au 11 mai 2004. Ils retenaient une incapacité totale de travailler jusqu'au 22 mai 2004 et précisaient que, pour la suite, il appartenait au médecin de famille de se prononcer sur ladite capacité.

5.2 Dans son rapport du 20 août 2007, le médecin généraliste traitant du recourant, qui suit l'intéressé depuis mai 2005, a indiqué n'avoir jamais établi d'arrêt de travail et qu'il lui était dès lors difficile de se prononcer sur le caractère exigible de l'activité antérieure. Selon lui, celle-ci était toutefois adaptée aux troubles physiques du recourant. Par ailleurs, ce médecin a également déclaré, après avoir dressé une longue liste des troubles affectant le recourant, que ce dernier était assez théâtral, quérulent, mécontent de sa situation notamment professionnelle (qu'il qualifiait de travail de femme), très demandeur d'examens complémentaires, très ambivalent par rapport à la prise en charge et continuellement insatisfait des traitements proposés, méfiant et dans l'attente d'une guérison quasi magique.

5.3 Le service psychiatrique régional, dans son rapport du 11 décembre 2007 et dans son avis rapporté le 15 juillet 2008 par la division réadaptation, renseigne certes sur la capacité de travail du recourant, mais ses appréciations ne concernent que le volet psychiatrique et sont contredites par les résultats de l'expertise du COMAI.

5.4 Le neurochirurgien consulté le 25 novembre 2010, sur initiative d'un nouveau généraliste traitant, sans se prononcer sur la capacité de travail, a retenu les diagnostics de lombalgies chroniques sur discopathies dégénératives L4/5 et L5/S1, de status après discectomie L4/5 droite en 2002, de dépression chronique et de suspicion de fibromyalgie. Le 3 mars 2011, ce même médecin confirmait ces diagnostics en substituant aux lombalgies chroniques celui d'un syndrome douloureux chronique thoraco-

lombaire. Il ajoutait que l'évolution actuelle semblait surtout marquée par une recrudescence de la dépression chronique. Le neurochirurgien précité a opéré le recourant le 12 mars 2013 (stabilisation lombaire dorsale L4-S1) et précisé dans son rapport du 21 juin 2013 qu'une reprise du travail dans une activité adaptée serait concevable après quelques mois.

5.5 Le médecin psychiatre du SMR a précisé le 22 août 2013 que, si tout se passait bien après l'opération précitée, une reprise du travail après une période de six mois serait envisageable.

5.6 Dans un rapport du 23 août 2013, le spécialiste en psychiatrie qui traite le recourant depuis le 27 mars 2012 a retenu comme diagnostics avec effets sur la capacité de travail une dépression récurrente sans symptômes psychotiques, ainsi qu'une personnalité hystérique, présentes depuis plusieurs années selon les données anamnestiques. Selon lui et d'un point de vue psychique, le recourant serait à même de reprendre le travail dans une activité adaptée, une évaluation dans le cadre de mesures de réinsertion étant souhaitable.

5.7 Enfin, dans un rapport du service psychiatrique régional du 2 octobre 2013, un spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et un médecin assistant ont mentionné comme diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen depuis 2004 (CIM-10 F33.1), un trouble somatoforme (CIM-10 F45.0) et un status post-opératoire d'une hernie discale en 2002 et 2013. Au registre des restrictions physiques, ils ont mentionné une obésité et deux opérations pour hernie discale; comme restrictions psychiques, de la tristesse, une fatigue, un ralentissement psychomoteur, une perte de l'élan vital et des difficultés dans les relations avec les autres. Selon eux, la dernière activité exercée par le recourant resterait exigible. Ils relèvent que la reprise d'une activité professionnelle dépendait de l'évolution de l'état psychique du recourant et que le rendement de ce dernier serait réduit. Ils ont précisé que l'intéressé était sensible au stress et aux conflits interpersonnels et qu'une activité professionnelle à 40%, dans un milieu adapté à ses besoins, serait envisageable.

5.8 Au vu de ce qui précède, force est de constater que les documents médicaux au dossier ne suffisent pas à étayer avec une vraisemblance prépondérante la capacité de travail (et de rendement) du recourant et son évolution jusqu'à la date déterminante de la décision contestée et même partiellement jusqu'à une date antérieure. Ils ne permettent notamment pas de déterminer avec précision la période couverte par la demande de prestations de l'assuré, l'évolution de la capacité de travail de ce dernier, aussi bien pour ce qui concerne la période antérieure que postérieure à l'expertise du COMAI, de même que la nature et la durée de la période de réhabilitation prévue par cette dernière expertise. Enfin, l'opération du 12 mars 2013, les mentions d'aggravation de la dépression et la dernière appréciation du service psychiatrique régional du 2 octobre 2013 soulignent que le SMR ne peut être suivi lorsqu'il estime que l'expertise du COMAI était encore valable à l'époque de la décision contestée.

6.

6.1 Au vu de ce qui précède, le dossier, en l'état, ne permettait pas à l'intimé de statuer sur le droit à des prestations. La décision du 4 juin 2014 doit donc être annulée et le dossier de la cause lui être renvoyé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Il lui appartiendra de compléter les données médicales, afin d'obtenir l'évolution des diagnostics et de la capacité de travail médico-théorique, actualisée et coordonnée sur le plan somatique et psychique. La problématique du caractère invalidant des troubles sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique devra également être prise en compte (ATF 137 V 64 c. 4.1, 136 V 279 c. 3.2.1, 131 V 49 c. 1.2, 130 V 352 c. 2.2.3). Les résultats de l'investigation devront permettre d'établir le début de la période couverte par la demande du 23 juillet 2007 et de calculer le taux d'invalidité à l'échéance du délai d'attente (moyenne de 40% pendant un an; voir c. 2.3 ci-dessus), en tenant compte des éventuelles interruptions de l'incapacité de travail conformément à l'art. 29^{ter} RAI, selon que l'on se fonde sur les 20% d'incapacité de travail, axée sur l'activité de manœuvre au stockage, mentionnée par les experts, ou sur les autres données médicales et de l'employeur (dernier emploi occupé apparemment sans perte de salaire),

voire de l'assurance-chômage. En possession des informations indispensables sur le plan médical, l'intimé se devra d'examiner le droit aux prestations du recourant, y compris, cas échéant, l'éventualité d'un droit à des mesures de réadaptation professionnelle.

6.2 Les mesures d'instruction prises par l'intimé ne suffisent pas à établir de façon complète l'état de fait déterminant. Les informations au dossier, notamment l'expertise pluridisciplinaire lacunaire et non exempte de contradictions, ne permettent pas de statuer. L'état de santé du recourant n'ayant pas fait l'objet d'investigations somatique et psychique coordonnées depuis août 2009, il n'appartient pas au Tribunal d'ordonner une expertise judiciaire, mais il convient bien plutôt de renvoyer le dossier à l'intimé pour qu'il procède à des instructions en ce sens (ATF 137 V 210 c. 4.4.1.4). Un tel renvoi est d'ailleurs requis par le recourant (à titre subsidiaire) et se justifie aussi du fait que des mesures de preuve qui seraient prises par le TA seraient limitées à la période courant jusqu'à la date de la décision contestée (limites de l'objet de la contestation), tandis qu'après annulation et renvoi (cassatoire), l'AI devra statuer jusqu'à la date de la nouvelle décision à rendre.

7.

7.1 Au vu de tout ce qui précède, le recours doit être admis et la décision rendue le 4 juin 2014 par l'intimé, annulée. Le dossier de la cause est renvoyé à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

7.2 Le renvoi de la cause à l'administration pour complément d'enquête et nouvelle décision, dans un litige concernant des prestations de l'AI, est considéré comme un gain de cause pouvant donner droit à l'octroi de dépens au sens de l'art. 61 let. g LPGA (ATF 137 V 57 c. 2.1, 132 V 215 c. 6.2). Le recourant étant représenté en procédure par un mandataire professionnel, il a droit au remboursement de ses dépens (art. 61 let. g LPGA et 104 al. 1 LPJA). Ceux-ci, après examen de la note d'honoraires du 12 septembre 2014 portant sur un montant de Fr. 5'128.-, sont fixés à Fr. 3'537.10 (Fr. 3'172.50 de dépens et Fr. 102.60 de débours [Fr. 72.60 +

Fr. 30.- de frais réception du dossier], auxquels s'ajoutent Fr. 262.- de TVA). En effet, seules les démarches objectivement nécessaires à la défense des intérêts du recourant dans la présente procédure judiciaire de recours, en fonction de l'importance et de la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA; ATF 114 V 83 c. 4b; SVR 2006 BVG n° 26 c. 11.3.1), à l'exclusion des démarches antérieures à la décision attaquée (autres que les frais de réception du dossier) peuvent être prises en compte.

7.3 Les frais de la procédure de recours fixés forfaitairement à Fr. 700.- sont mis à la charge de l'intimé qui succombe (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 108 al. 1 et 2 phr. 2 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4). L'avance de frais de Fr. 700.- versée par le recourant lui est restituée.

Par ces motifs:

1. Le recours est admis et la décision attaquée est annulée. La cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
2. Les frais de procédure, fixés forfaitairement à Fr. 700.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne. L'avance de frais de Fr. 700.-, versée par le recourant, sera restituée lorsque le présent jugement sera entré en force.
3. L'Office AI Berne versera au recourant la somme de Fr. 3'537.10 (débours et TVA compris) au titre de dépens pour la procédure judiciaire.

4. Le présent jugement est notifié (R):

- au mandataire du recourant,
- à l'intimé,
- à l'Office fédéral des assurances sociales.

La présidente:

Le greffier:

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).