

## NE\_GERICHTE CDP.2025.166 vom 12. Mai 2026

NE Tribunal cantonal, 2026-05-12, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne\\_gerichte\\_CDP.2025.166](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CDP.2025.166)

FR: NE\_GERICHTE CDP.2025.166 du 12 mai 2026

IT: NE\_GERICHTE CDP.2025.166 del 12 maggio 2026

### Volltext

A. Exerçant l'activité d'ouvrier de la construction dans le cadre de missions temporaires jusqu'en novembre 2018 pour le compte de la société I. \_\_\_\_\_ SA, A. \_\_\_\_\_, né en 1993, a déposé le 27 février 2019 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Neuchâtel (ci-après : OAI) en se prévalant d'un déplacement de son sacrum depuis juillet 2018.

Après que l'OAI a requis divers renseignements médicaux auprès du Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, spécialiste en médecine psychosomatique et psychosociale ASMPP, et médecin traitant de l'assuré, le médecin du Service médical régional (ci-après : SMR) a retenu, entre autres éléments, la présence de discopathies pluri-étagées naissantes (avis médical du 21.11.2019) et une expertise a été mise en œuvre auprès du Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Ce dernier a posé divers diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, motivant l'OAI à rendre un projet de décision de refus de rente d'invalidité le 28 juillet 2022. Faisant suite aux arguments soulevés par l'assuré dans le cadre de sa contestation, l'OAI a poursuivi son instruction et, au vu de l'aggravation de l'état de santé attestée par le médecin traitant sur le plan psychiatrique (rapports des 20.03 et 14.11.2023), a mis en œuvre une expertise bidisciplinaire en rhumatologie et psychiatrie auprès du Centre Médical Expertises (ci-après : CEMEDEX). Dans leur évaluation consensuelle, les Drs D. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et E. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, ont posé les diagnostics de douleur lombaire sans irradiation dans les membres inférieurs sur discopathie modérée et arthrose postérieure (M54.5), trouble de stress post-traumatique complexe (6B41), perturbation de l'activité et de l'attention (F90.0), troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples, syndrome de dépendance, utilisation continue (F19.25) et trouble mixte de personnalité, émotionnellement labile, et psychopathique (F61.0). Ils ont retenu les limitations fonctionnelles suivantes : «pas d'effort de soulèvement à partir du sol au-delà de 10 kg, pas de porte-à-faux du buste, port de charge proche du corps limité à 20 kg» sur le plan rhumatologique et «activités physiques pour lutter contre la perturbation de l'activité et de l'attention», «pas de gestion d'émotions et de stress» et «activité sans présence trop importante de hiérarchie» sur le plan psychiatrique. Ils ont conclu à une capacité de travail de 0 % depuis le 10 septembre 2018 dans l'activité de constructeur de routes et de 100 % dans une activité adaptée, en dehors d'une période d'hospitalisation du 1er juillet au 18 juillet 2024 où celle-ci était nulle. Selon eux, un sevrage était souhaitable pour éviter une dégradation de l'état psychique de l'assuré, sans exigibilité (rapport du 05.09.2024). Le médecin SMR a entériné les conclusions des experts (avis médical du 23.09.2024).

Par projet de décision du 15 octobre 2024, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui refuser le droit à la rente d'invalidité, au motif que celui-ci disposait d'une pleine

capacité de travail depuis toujours dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles (pas d'effort de soulèvement à partir du sol au-delà de 10 kg, pas de porte-à-faux du buste, pas de port de charge proche du corps de plus de 20 kg, sans présence trop importante de hiérarchie). L'intéressé s'y est opposé en se prévalant de l'avis de son médecin traitant qui affirmait en substance que le diagnostic de stress post-traumatique complexe incluait des éléments multiples et intriqués de traumatismes chroniques et répétés, impactant de manière profonde le fonctionnement psychique de son patient, et justifiait son impossibilité à reprendre une activité professionnelle (rapport médical du 21.11.2024). Le médecin SMR a considéré que le Dr B. \_\_\_\_\_ apportait des éléments convaincants concernant l'utilisation de substances nocives pour la santé (avis médical du 17.02.2025) et les experts ont été réinterrogés. Dans son rapport du 10 mars 2025, le Dr D. \_\_\_\_\_ a déclaré maintenir sa position en ajoutant que le Dr E. \_\_\_\_\_ ne travaillait plus au CEMEDEX et ne répondait pas à ses sollicitations. Le médecin SMR a validé ses précédentes conclusions (avis médical du 26.03.2025) et l'OAI a confirmé son prononcé par décision du 15 avril 2025.

B.A. \_\_\_\_\_ recourt devant la Cour de droit public du Tribunal cantonal contre cette décision et conclut, principalement, à l'octroi de l'assistance judiciaire totale avec effet au 17 avril 2025, à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité «avec effet rétroactif et pour une durée indéterminée», subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise médicale neutre et indépendante sur le plan de la médecine rhumatologique et psychiatrique «(cf. médecins proposés)» et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière «avec effet rétroactif, en fonction de l'expertise à intervenir», le tout sous suite de frais et dépens. Il conteste essentiellement la valeur probante du rapport d'expertise, propose la nomination des Drs F. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, et G. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, comme experts en cas de mise en œuvre d'une expertise, et produit divers documents dont l'extrait de son casier judiciaire, une ordonnance pénale du 24 février 2021 et l'ordre d'exécution y relatif du 22 avril 2025.

C. Dans ses observations, l'OAI conclut au rejet du recours. Il déclare entre autres points que, au vu des limitations fonctionnelles du recourant, la jurisprudence estime que celles-ci ne constituent pas des obstacles irrémédiables à la reprise d'un travail sur un marché qui lui offre un éventail suffisamment large d'activités légères dont un nombre significatif est adapté aux siennes et accessibles sans aucune formation particulière.

D. Le recourant produit un certificat médical du 10 mars 2026 du Dr B. \_\_\_\_\_ qui atteste la persistance d'une incapacité totale de travail.

## C O N S I D E R A N T

en droit

1. Interjeté dans les formes et délai légaux, le recours est recevable.

2. Dans le cadre de l'examen du droit à la rente et du «développement continu de l'AI», notamment la LAI, le RAI et la LPGA ont été modifiés avec effet au 1er janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). Selon le principe de droit intertemporel, les dispositions légales applicables sont celles qui étaient en vigueur à l'époque à laquelle les faits juridiquement déterminants se sont produits (à cet égard, cf. notamment ATF 144 V 210 cons. 4.3.1, 129 V 354 cons. 1).

En l'occurrence, le dépôt de la demande de prestations auprès de l'OAI date du 27 février 2019. Comme le droit éventuel à une rente d'invalidité débiterait avant le 1er janvier 2022, le droit applicable est celui qui était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

3. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 cons. 4.3.1 et 131 V 242 cons. 2.1 et les réf. cit.). Ils peuvent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêts du TF des 05.08.2019 [8C\_217/2019] cons. 3 et 25.07.2018 [9C\_269/2018] cons. 4.2).

En l'espèce, l'ordre d'exécution du 22 avril 2025 fait suite à une ordonnance pénale du 21 février 2024, dont le recourant se prévaut pour contester la valeur probante du rapport d'expertise. Ayant trait à des faits antérieurs à la décision attaquée, il doit par conséquent être considéré. En revanche, le certificat médical du 10 mars 2026 du Dr B. \_\_\_\_\_ ne doit pas être pris en compte, dès lors qu'il a trait à une incapacité de travail au moment de son établissement, soit à une date postérieure à la décision entreprise.

4. Dans un premier grief d'ordre formel, le recourant fait valoir une violation de son droit d'être entendu, au motif que l'intimé n'a pas tenu compte de l'avis du Dr B. \_\_\_\_\_ et s'est contenté des réponses apportées par le Dr D. \_\_\_\_\_ et son médecin SMR qui ne se sont pas déterminés sur son incapacité de travail en lien avec ses addictions sévères et son syndrome de stress post-traumatique. Ce grief se confondant avec celui de l'appréciation des preuves, il sera examiné avec le fond du litige.

5.a) En vertu de l'article 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Selon l'article 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). En vertu de l'article 7 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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. Un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins à trois quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

b) Si l'invalidité est une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, il ne convient pas moins d'examiner d'abord l'incapacité de travail telle qu'elle a été fixée par les médecins. En effet, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité,

l'administration, ou le juge s'il y a 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, voire incapable, de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 cons. 3.2 et les réf. cit.).

L'assurance-invalidité, comme toute autre assurance, repose sur l'hypothèse que le risque assuré ne se réalise qu'exceptionnellement. Il en découle que l'assuré doit en principe être considéré comme étant en bonne santé et pouvant exercer une activité professionnelle (cf. ATF 141 V 281 cons. 3.7.2, selon lequel il faut en règle générale partir du principe de la «validité»), dès lors que la plupart des atteintes à la santé n'entraînent pas d'incapacité de travail durable, ainsi que cela est mis en évidence en considérant l'ensemble de l'éventail des maladies physiques et psychiques. Le droit à une rente d'invalidité suppose ainsi une atteinte à la santé. Le diagnostic d'une atteinte à la santé n'implique cependant pas encore qu'elle est invalidante. Le caractère invalidant d'une atteinte à la santé se détermine, selon le texte clair de la loi, d'après les conséquences de celle-ci sur la capacité de travail et de gain. Le point déterminant à cet égard est de savoir si, compte tenu des atteintes invoquées, il ne peut plus être exigé de l'assuré qu'il travaille encore, à temps plein ou à temps partiel. C'est pourquoi un examen objectif de l'exigibilité s'applique en tenant compte exclusivement des conséquences de l'atteinte à la santé, en partant du principe de la validité et en laissant à l'assuré le fardeau matériel de la preuve de l'invalidité (142 V 106 cons. 4.3 et 4.4).

c) En matière d'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 s'être penché sur toutes les preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais 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 du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions du praticien soient bien motivées (ATF 134 V 231 cons. 5.1, 133 V 450 cons. 11.1.3, 125 V 351 cons. 3a et les réf. cit.).

c/aa) La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types de documents médicaux. Le juge procède à cette appréciation selon le principe de la libre appréciation des preuves selon les types de documents médicaux (ATF 125 V 351 cons. 3a ;Riemer-Kafka[Edit.], Expertises en médecine des assurances, 3<sup>e</sup>éd., 2018, p. 31 ss). S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 135 V 465, cons. 4.5, 125 V 351 cons. 3a/cc). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitants ou spécialistes (expertises privées) consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui

de sa requête (arrêt du TF du 29.10.2003 [I 321/03] cons. 3.1 ;Valterio, Commentaire LAI, ad art. 57 n° 48). Toutefois, le simple fait qu'un certificat médical ou une expertise soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant la procédure ne justifie pas en soi de douter de sa valeur probante (ATF 125 V 351 cons. 3b/dd et les réf. cit.).

c/bb) Concernant les SMR, ceux-ci évaluent, en vertu de l'article 49 al. 1 RAI et de l'article 59 al. 2bisLAI, les conditions médicales du droit aux prestations. Le sens et le but de ces dispositions est que les offices AI puissent recourir à leurs propres médecins pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Il est attendu de ceux-ci que, sur la base de leurs connaissances spéciales en médecine des assurances, ils établissent la capacité fonctionnelle des assurés déterminante en matière d'assurance-invalidité ; il s'agit ainsi de créer une séparation conséquente des compétences des médecins traitants (traitement médical et thérapeutique) et de l'assurance sociale (détermination des effets de l'atteinte à la santé) (arrêt du TF du 03.09.2015 [9C\_858/2014] cons. 3.3.2). En application des dispositions citées, les SMR désignent les activités exigibles ainsi que les fonctionnalités inexigibles. Les SMR sont libres dans le choix de la méthode d'examen appropriée, dans le cadre de leurs compétences médicales et des directives spécialisées de portée générale de l'Office fédéral. Selon une jurisprudence constante, les rapports réalisés par les SMR en vertu de l'article 49 al. 1 RAI (et 59 al 2bisLAI) ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales, mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Leur but est de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale. Ces rapports ne sont pas dénués de toute valeur probante dès lors qu'ils satisfont aux exigences, définies par la jurisprudence, en matière d'expertises médicales (arrêts du TF des 15.06.2021 [8C\_616/2020] cons. 6.2.4 et 16.12.2013 [9C\_702/2013] cons. 3.3).

c/cc) 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, la jurisprudence pose que le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 cons. 4.4, 122 V 157 cons. 1c et les réf. cit.). On ne saurait ainsi remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert.

c/dd) Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 cons. 4.2), de dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), de tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418) et de syndromes de dépendance primaire à des substances psychotropes (ATF 145 V 215). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 cons. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 cons. 4). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de

différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 cons. 4.3 et 4.4).

6.a) La Cour de céans constate que le rapport d'expertise du 5 septembre 2024 a été établi après que les experts ont examiné le recourant dans leur domaine de spécialité respectif. Ils y ont exposé les motifs et les circonstances dans lesquels l'expertise est intervenue, ont tenu compte des rapports médicaux au dossier, des indications fournies par le recourant portant notamment sur ses antécédents personnels, familiaux et médicaux, son parcours scolaire et professionnel et sur le déroulement d'une journée-type. Ce rapport comprend encore les constatations et les observations des experts, les diagnostics avec et sans incidences sur la capacité de travail, une évaluation médicale et médico-assurantielle à l'aune des indicateurs jurisprudentiels pour ce qui est du volet psychiatrique, ce que le recourant ne conteste pas -, une évaluation consensuelle et les réponses aux questions de l'OAI. L'appréciation du cas effectuée par les experts est motivée et aisément intelligible. Les conditions pour lui attribuer une pleine valeur probante sont remplies, de sorte que l'OAI n'avait a priori pas de raison de l'écartier.

b) Sur le fond, et sous couvert d'une argumentation générale, le recourant critique principalement le volet psychiatrique de l'expertise au vu des éléments soulevés, le volet rhumatologique n'étant abordé que de manière anecdotique.

b/aa) Sur le plan rhumatologique, le Dr E. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de douleur lombaire sans irradiation dans les membres inférieurs sur discopathie modérée et arthrose postérieure (M54.5). Il a conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité de constructeur de routes depuis le 10 septembre 2018 mais à une pleine capacité de travail, sans baisse de rendement depuis toujours, avec les limitations fonctionnelles suivantes, à savoir pas d'effort de soulèvement à partir du sol au-delà de 10 kg, pas de porte-à-faux du buste et un port de charge proche de corps limité à 20 kg. Il a reconnu une certaine cohérence entre l'histoire de l'expertisé, les plaintes, les constatations lors de l'examen et celles iconographiques pour une atteinte essentiellement articulaire postérieure L4-L5 et L5-S1.

Le recourant se prévaut des déclarations des experts, qui l'ont considéré comme «crédible, coopérant et dans la justesse au niveau [du] discours et du récit de ses douleurs quotidiennes (cf. expertise du 05.09.2025)» (sic), pour en conclure que le Dr E. \_\_\_\_\_ a oublié ses «pathologies physiques et psychiatriques» et aurait dû tenir compte d'une diminution de rendement au vu de sa prise conséquente et quotidienne de médicaments pour atténuer ses douleurs au dos et à la nuque. Contrairement à ce qu'il avance, cette citation ne ressort pas du rapport d'expertise. Quoi qu'il en soit, et indépendamment du fait que l'expert prénommé n'a pas à tenir compte des éléments psychiatriques et que l'on peine à suivre le recourant lorsqu'il affirme que celui-ci a «oublié les pathologies physiques» sans même préciser lesquelles et en quoi celles-ci seraient déterminantes pour influencer sur sa capacité de travail ou ses limitations fonctionnelles, l'intéressé ne se fonde sur aucun rapport médical pour remettre en cause l'évaluation faite sur le plan rhumatologique. Il se limite au contraire à faire valoir sa propre appréciation de la situation, ce qui est insuffisant pour invalider les conclusions de l'expert qui doivent être confirmées.

A toutes fins utiles, le recourant ne saurait se plaindre avec succès de l'absence de réponse de la part du Dr E. \_\_\_\_\_ sur l'avis du 21 novembre 2024 du Dr B. \_\_\_\_\_. En effet,

ce dernier se prononçait essentiellement sur des éléments relevant de la sphère psychiatrique, puisque son avis se concentrait sur une prise en compte insuffisante de la sévérité du trouble de stress post-traumatique complexe, au vu des traumatismes sévères et répétés rencontrés par le recourant. Or, une réponse de l'expert n'aurait pas été pertinente, à défaut d'être spécialisé dans ce domaine (cf. arrêt du TF du 24.09.2021 [9C\_709/2020] cons. 4.1.2 par analogie).

b/bb) Sur le plan psychiatrique, le Dr D. \_\_\_\_\_ a diagnostiqué un trouble de stress post-traumatique complexe (6B41), une perturbation de l'activité et de l'attention (F90.0), des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples, syndrome de dépendance, utilisation continue (F19.25) et un trouble mixte de personnalité, émotionnellement labile, et psychopathique (F61.0). Il a conclu à une capacité de travail de 100 % depuis toujours dans toute activité à l'exception d'une incapacité totale de travail du 1<sup>er</sup> au 18 juillet 2024 correspondant à la période où le recourant a été hospitalisé avec les limitations fonctionnelles suivante : «activités physiques pour lutter contre la perturbation de l'activité et de l'attention. L'expertisé peut se concentrer sur des activités physiques et ainsi limiter cette perturbation de l'activité. Une présence hiérarchique faible est souhaitable pour éviter un sentiment de coercition. L'expertisé a des difficultés avec le respect des règles. Pas de gestion d'émotions et de stress». Il n'a retenu aucune baisse de rendement, car le recourant ne présentait pas de troubles cognitifs même en cas de consommations chroniques de produits toxiques multiples. La dysthymie engendrait des idées suicidaires passagères et il n'y avait ni ralentissement psychomoteur ni fatigue ou fatigabilité importante.

Le recourant soutient que ces conclusions sont en totale contradiction avec les éléments factuels retenus par l'expert lesquels parlent en faveur d'une impossibilité d'exercer la moindre activité salariale comme le fait de fumer 15 joints de cannabis par jour, présenter des traits de personnalité psychopathique et avoir une tendance à se mettre en danger et à mettre en danger la vie des autres. Selon lui, le fait pour l'expert d'avoir exclu toute répercussion durable des diagnostics posés sur sa capacité de travail est incompréhensible et même insoutenable. Cela étant, il se contente de faire valoir sa propre appréciation de la situation sans démontrer en quoi celle de l'expert serait erronée ou obsolète. Dans une autre argumentation, le recourant reproche à l'expert d'avoir repris des éléments médicaux contestés et exclus du dossier par l'OAI. Outre le fait qu'il ne mentionne pas les éléments auxquels il fait allusion, l'OAI n'a exclu aucun élément du dossier, de sorte que l'expert n'était pas limité dans son examen. L'intéressé se prévaut encore du rapport médical du 21 novembre 2024 du Dr B. \_\_\_\_\_, auquel il confère pleine valeur probante, pour en conclure que l'avis de l'expert est erroné. Or, quelle que soit la valeur conférée à ce rapport, il ne remplit pas les critères jurisprudentiels nécessaire à l'évaluation de la capacité de travail du recourant. De plus, et même si le médecin prénommé dispose de connaissances approfondies dans le domaine de la médecine psychosomatique et psychosociale, il n'en demeure pas moins qu'il reste le médecin traitant du recourant et qu'il n'apporte pas d'éléments fondamentalement différents de ceux retenus par l'expert, comme le médecin SMR le relève (avis médical du 17.02.2025). Le recourant n'explique du reste pas en quoi la position du médecin SMR serait erronée à cet égard. L'avis du Dr B. \_\_\_\_\_ ne saurait donc primer celui du Dr D. \_\_\_\_\_. L'argument selon lequel ce dernier n'aurait pas répondu aux questions du médecin SMR dans son complément du 10 mars 2025 tombe ainsi à faux. Enfin, la production du casier judiciaire,

de l'ordonnance pénale du 21 février 2024 et de son ordre d'exécution du 22 avril 2025 ne sont d'aucun secours au recourant, à défaut de pouvoir en déduire une quelconque incapacité de travail de longue durée, quoi qu'en pense le principal intéressé. Les conclusions de l'expert doivent être confirmées.

Le recourant disposant par conséquent d'une capacité totale de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles qui doivent être considérées comme légères, le gain qu'il pourrait réaliser exclurait manifestement tout droit à une rente d'invalidité sans qu'il soit nécessaire d'en déterminer le taux qui n'est du reste pas discuté par le recourant.

7.a) Le recours, mal fondé, doit être rejeté.

b) Vu l'issue du litige, des frais de procédure, par 660 francs, doivent être mis à la charge du recourant (art. 61 let. fbisLPGA en relation avec l'art. 69 al. 1bisLAI), qui n'a, par ailleurs, pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGAa contrario).

c) Le recourant sollicite l'assistance judiciaire pour la présente procédure. La cause ne paraissait pas d'emblée vouée à l'échec et le soutien d'un avocat pour procéder devant la Cour de céans était indiqué. Il ressort du dossier et des documents fournis par le recourant qu'il n'exerce plus d'activité lucrative et qu'il est au bénéfice de l'aide sociale depuis le 1er octobre 2021, de sorte que l'indigence est établie. En conséquence, la requête d'assistance judiciaire doit être admise et les frais seront supportés provisoirement par l'Etat. Mandataire de l'intéressé, Me H. \_\_\_\_\_ sera désigné en qualité d'avocat d'office.

Par ces motifs, la Cour de droit public

1. Rejette le recours.

2. Accorde au recourant l'assistance judiciaire et désigne Me H. \_\_\_\_\_ en qualité d'avocat d'office.

3. Met à la charge du recourant les frais de procédure par 660 francs, montant supporté provisoirement par l'Etat dans le cadre de l'assistance judiciaire.

4. N'alloue pas de dépens.

Neuchâtel, le 12 mai 2026

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