RÉPUBLIQUE ET CANTON DU JURA

TRIBUNAL CANTONAL

COUR DES ASSURANCES

AI 2025 101

Présidente a.h. : Nathalie Brahier
Juges : Anne-Françoise Boillat et Carine Guenat
Greffière e.o. : Océane Migliore

ARRÊT DU 24 SEPTEMBRE 2026

en la cause liée entre

A._____,

recourant,

et

Office cantonal de l'assurance-invalidité, rue Bel-Air 3, 2350 Saignelégier,

intimé,

relative à la décision de l'intimé du 17 juillet 2025 (n° AVS : XXX._____).

_____

CONSIDÉRANT

En fait :

A. A._____ (ci-après : le recourant), né le ._____ 1968, travaillait en tant que chauffeur de taxi indépendant selon la demande de prestations qu'il a déposée, le 30 mars 2021, auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité, à Saignelégier (ci-après : l'intimé), en raison d'une atteinte au tunnel carpien et de troubles dépressifs (p. 1 ss du dossier de l'intimé ; les pages citées ci-après sans autre indication renvoient au dossier produit par l'intimé sur support numérique, au format PDF).

B.

B.1 L'intimé a recueilli les informations usuelles auprès des médecins traitants du recourant (p. 24, 72 ss, 78 s., 106 ss, 113), respectivement son assureur perte de gain (p. 34, 41, 47, 48, 138 s.).

Après avoir soumis ces rapports à son Service médical régional (SMR ; p. 167 ss), l'intimé a mis en œuvre une mesure de reclassement et pris en charge les coûts d'une formation pratique auprès d'B._____ du 13 juin 2022 au 30 novembre 2022 (p. 171 ss, 188 ss), mesure toutefois interrompue avec effet au 31 août 2022 en raison des absences du recourant (p. 218).

L'intimé a requis des renseignements complémentaires actualisés auprès des médecins traitants du recourant (p. 228 ss, 234 s., 238 s., 240 s., 242 s., 257 s., 268 ss, 275 ss, 280 s., 292 ss) qu'il a, à nouveau, soumis au SMR. Il en ressort que, sur le plan somatique, la situation cardiologique est désormais normale, que le reflux gastro-œsophagien est traité et non incapacitant et qu'il n'est plus questions de douleurs séquellaires après la neurolyse du tunnel carpien. Il ne semble persister qu'un syndrome lombo-fessier traité par antalgie de palier 1 selon le chirurgien orthopédiste. Sur le plan psychique, le recourant est suivi pour des troubles dépressifs et pour lesquels la capacité de travail ne dépasse pas un taux de 30-40 % malgré un traitement mis en place. Dans ce contexte, compte tenu de l'échec des mesures mises en place sans raison claire et en l'absence de pronostic quant à une capacité de travail supérieure à 30-40 %, le SMR recommande, dans son avis du 6 juillet 2023, la mise en place d'une expertise bidisciplinaire de rhumatologie et de psychiatrie (p. 312 ss, 315 s.).

B.2 Les experts de C._____ ont retenu, dans leur rapport du 27 novembre 2023 (p. 365 ss), les diagnostics de spondylarthropathie mixte et de rachialgie mixte sur le plan rhumatologique ainsi que de trouble anxieux, dépressif mixte (F41.2). Seule l'atteinte rhumatologique est toutefois totalement incapacitante, tant dans l'activité exercée que dans une activité adaptée, et ce depuis août 2020. Une prise en charge thérapeutique en rhumatologie sera toutefois susceptible d'améliorer la capacité de travail du recourant, à réévaluer dans un délai de six mois (p. 378, 381 s.).

Sur la base des interrogations du SMR quant aux conclusions des experts (p. 422 ss), mais aussi des remarques et critiques du recourant et de son psychiatre traitant (p. 436 s., 438 s.), l'intimé a sollicité un complément d'expertise (p. 450 s.).

Les experts ont confirmé leurs conclusions dans leur rapport du 8 février 2023 (p. 476 ss).

Considérant les réponses apportées par les experts comme non convaincantes (p. 482 ss, 607 ss), l'intimé a décidé de mettre en place une nouvelle expertise, dans les mêmes disciplines (p. 612 s., 624), après avoir à nouveau recueilli les informations actuelles auprès des médecins traitants du recourant, dont le rhumatologue auprès duquel le recourant a été adressé pour un suivi à la suite de l'expertise précitée (p. 490 ss, 494 s., 502 ss, 516 ss, 524 s., 545 ss, 552 s., 574 ss, 578 ss, 598 ss).

C. L'expertise médicale bi-disciplinaire a été confiée au D._____ respectivement à une spécialiste en psychiatre et psychothérapie, et un spécialiste en rhumatologie (p. 637 s.).

Dans leur rapport du 19 mars 2025, les experts excluent le diagnostic incapacitant d'une spondylo-arthropathie au profit de celui de lombalgies chroniques sans syndrome radiculaire vrai sur discarthrose discrètement érosive L3-L4. Ils retiennent également les diagnostics suivants, sans répercussion sur la capacité de travail du recourant : syndrome douloureux somatoforme persistant, personnalité

émotionnellement labile, type impulsif, phénomène de majoration, voire simulation des plaintes, ancien, auquel le recourant semble maintenant adhérer, status après syndrome du tunnel carpien bilatéral opéré, ablation électrophysiologique d'une tachycardie. Le diagnostic d'épisode dépressif actuel est écarté. La capacité de travail du recourant est totale dans une activité adaptée (pas de port de charges supérieur à 10 kg, d'efforts en antéflexion, en rotations prolongées ou répétées du tronc, les travaux sur ou avec des objets vibrants). Tel est le cas de celle de chauffeur de taxi. Une baisse de rendement de 20 % peut être admise compte tenu des douleurs et de la limitation, toute subjective, des fonctions ralentissant la montée et la sortie d'un véhicule et le port de bagage. La capacité de travail a toujours été de 100 % en dehors des périodes d'hospitalisation.

D. Sur la base de l'expertise précitée, considérée comme probante par le SMR (p. 780 ss), l'intimé a préavisé le 31 mars 2025 négativement le droit du recourant à une rente d'invalidité.

E. L'intimé a confirmé son refus de prestations par décision du 17 juillet 2025, (p. 862 ss et 858 ss), après avoir respecté le droit d'être entendu du recourant (p. 813 ss).

F. Le recourant a interjeté recours le 11 septembre 2025 contre cette décision en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire.

G. Dans son mémoire de réponse du 12 février 2026, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, à ce que les frais soient mis à la charge du recourant, sans allocation de dépens.

H. Le recourant a confirmé ses conclusions et ses motifs dans sa détermination du 28 avril 2026. L'intimé en a fait de même dans sa prise de position du 5 mars 2026.

I. Il sera revenu ci-après, dans la mesure utile, sur les autres éléments du dossier.

<u>En droit</u> :

1. Interjeté dans les forme et délai légaux par une personne disposant manifestement de la qualité pour recourir, le recours est recevable et il y a lieu d'entrer en matière.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité à la suite de la demande qu'il a déposée le 30 mars 2021.

   Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI et la LPGA, notamment, ont été modifiés avec effet au 1er janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). Compte tenu cependant du principe de droit intertemporel prescrivant l'application des dispositions légales qui étaient en vigueur lorsque les faits juridiquement déterminants se sont produits (à cet égard, cf. not. ATF 144 V 210

consid. 4.3.1 et réf. cit.), le droit applicable en l'espèce demeure celui qui était en vigueur au 31 décembre 2021, dans la mesure où l'éventuel droit du recourant à des prestations est antérieur. Les dispositions visées seront citées ci-après, sauf mention contraire, dans leur teneur en vigueur au 31 décembre 2021.

3.

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

Ces dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, dès lors que la LAI ne contient aucune disposition dérogatoire s'agissant de la définition de l'invalidité (art. 1 al. 1 LAI).

3.2 L'invalidité, au sens des art. 7 et 8 LPGA, suppose la réalisation de trois conditions : une atteinte à la santé physique ou mentale, une diminution des possibilités de gain présumée permanente ou de longue durée, ainsi qu'un rapport de causalité adéquate entre l'atteinte à la santé et l'incapacité de gain.

S'agissant de la diminution de la capacité de gain, la jurisprudence a considéré que l'incapacité de gain équivaut, après avoir épuisé tous les efforts et possibilités de réadaptation, à l'impossibilité permanente ou de longue durée de gagner sa vie sur l'ensemble du marché du travail, à cause d'une atteinte à la santé (RCC 1961, p. 79). En d'autres termes, pour savoir s'il y a incapacité de gain, il ne s'agit pas de rechercher uniquement si l'assuré peut ou non exercer l'activité qui était la sienne avant la survenance de l'atteinte à la santé, mais il faut encore déterminer si ses forces physiques le mettent ou ne le mettent pas en état de profiter des possibilités de gain qui lui seraient offertes sur l'ensemble du marché de travail. En tous les cas, l'assuré est tenu d'atténuer par tous les moyens les effets de son invalidité, en tirant parti de sa capacité de gain résiduelle (ATF 123 V 96 consid. 4c ; 113 V 28 consid. 4c).

3.3 En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette

année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). L'art. 29 al. 1 LAI prévoit que le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18ème anniversaire de l'assuré. Dans tous les cas, le droit à la rente ne peut dès lors naître que six mois au plus tôt après le dépôt de la demande à l'AI.

Si une personne dépose sa demande à l'office AI plus de six mois après le début de son arrêt de travail (ou du délai d'attente au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI), il s'agit d'une demande tardive ; elle perd alors son droit à la rente pour tous les mois de retard (ch. 2027 de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI] = ch. 2225 de la Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité édictée par l'OFAS [CIRAI]).

3.4 La rente de l'assurance-invalidité visant la compensation d'un préjudice patrimonial qui présente une certaine importance (art. 28 al. 2 LAI), son octroi présuppose que la personne assurée subisse un dommage matériel objectif correspondant à une perte de gain ou à une incapacité à vaquer à ses occupations habituelles liée à l'invalidité de 40 % au moins (ATF 137 V 334 consid. 5.5.3). Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir le droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3 ; 130 V 488 consid. 4.2 et réf. cit.).

4.

4.1 Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 28a LAI et 16 LPGA). Il découle de la notion d'invalidité ainsi définie que ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, mais ce sont plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité ou une perte de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée, qui sont déterminantes (RCC 1977, p. 169). Les atteintes à la santé qui n'ont pas au moins cette conséquence n'aboutissent pas à une invalidité au sens de l'AI ; si elles ont un caractère passager, elles sont éventuellement du ressort de l'assurance-accidents ou de l'assurance-maladie ou bien il s'agit là d'un risque que chacun est censé supporter lui-même (RCC 1973, p. 600). Le taux d'invalidité étant ainsi une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle tel que le déterminent les médecins. Ce sont les conséquences économiques de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe en définitive d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a).

4.2 Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide avec celui qu'il pourrait obtenir en

exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché équilibré du travail (méthode générale de comparaison des revenus ; art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA ; ATF 142 V 290 consid. 4 ; 137 V 334 consid. 3.1.1). La méthode générale de comparaison des revenus comporte des sous-variantes (ATF 142 V 290 consid. 4), à savoir la méthode de comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a et réf. cit.) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 128 V 29 ; cf. également TF 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3 et 4, in SVR 2010 IV n°11 p. 35).

En règle générale, la comparaison des revenus s'effectue en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de déterminer le taux d'invalidité (ATF 128 V 29 consid. 1 ; 104 V 137 consid. 2c). 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 à prendre en considération doivent être déterminés par rapport à un même moment, les éventuelles modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue devant être prises en compte (ATF 129 V 222 consid. 4.1 ; 128 V 174 consid. 4a).

4.2.1 Le revenu hypothétique de valide (revenu sans invalidité au sens de l'art. 16 LPGA) se détermine en établissant, au degré de la vraisemblance prépondérante, ce que la personne assurée aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était restée en bonne santé. Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 139 V 28 consid. 3.2.2 ; 135 V 58 consid. 3.1 ; 131 V 51 consid. 5.1.2). Des exceptions à ce principe ne sont admises que si elles présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 28 consid. 3.2.2 ; 135 V 58 consid. 3.1).

4.2.2 Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'assuré. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose, cumulativement, sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalide. En l'absence de revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne n'a pas repris d'activité lucrative ou, en tout cas, pas d'activité raisonnablement exigible -, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 148 V 174 consid. 6.2 ; 143 V 295 consid. 2.2 ; 135 V 297 consid. 5.2).

Aux fins de déterminer le revenu d'invalide, les salaires fixés sur la base des données statistiques de l'ESS peuvent à certaines conditions faire l'objet d'un abattement de

25 % au plus. Une telle déduction ne doit pas être opérée automatiquement, mais seulement lorsqu'il existe des indices qu'en raison d'un ou plusieurs facteurs, l'intéressé ne peut mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail qu'avec un résultat économique inférieur à la moyenne (ATF 148 V 174 consid. 6.3 ; 146 V 16 consid. 4.1 ; 135 V 297 consid. 5.2 ; 134 V 322 consid. 5.2 ; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

Selon la jurisprudence, la mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; 134 V 322 consid. 5.2 ; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération ; il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalide, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 126 V 75 consid. 5b/bb). L'abattement n'est pas automatique et ne doit intervenir que lorsque le cas d'espèce fait apparaître que l'un ou l'autre de ces éléments conditionne la capacité de gain de l'assuré. L'administration doit motiver brièvement la déduction opérée. Quant à la juridiction cantonale, lorsqu'elle examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalide, elle doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe de l'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé - mais limité à 25 % (ATF 126 V 75) - serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (ATF 137 V 71 consid. 5.2).

4.3 Le degré d'invalidité en vue de l'octroi éventuel d'une rente est donné par la différence entre un rapport de 100 % et celui, exprimé également en %, qui existe entre le revenu d'invalide (RI) et le revenu des personnes en bonne santé (RS). Il s'obtient en utilisant la formule suivante : [(RS-RI) x 100] / RS = x % (ch. 3500 ss CIRIAI]). La jurisprudence a précisé que pour fixer le taux d'invalidité déterminant le droit à la rente, le résultat obtenu doit encore être arrondi à x % lorsque les chiffres après la virgule sont inférieurs à 50, soit jusqu'à x, 49 %, et à x+1 % dès que les chiffres après la virgule atteignent 50, soit dès x, 50 % (ATF 130 V 121). Ainsi, un résultat de 49,5 % doit être arrondi à 50 % et donne droit à une demi-rente d'invalidité.

5. Pour pouvoir déterminer le taux d'invalidité, le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_791/2008 du 27 mai 2009 consid. 3.1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006

consid. 1.2 ; I 381/03 du 26 novembre 2003 consid. 2.1). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est décisif de se demander si ce rapport est suffisant pour trancher le litige, s'il repose sur des examens complets du patient, s'il tient compte des douleurs dont celui-ci se plaint, s'il a été établi en connaissance des actes antérieurs (anamnèse), s'il est clair dans l'évaluation des relations médicales et du statut médical et si les conclusions de l'expert sont fondées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c et réf. cit. ; TF 8C_13/2022 du 29 septembre 2022 consid. 3.1.1).

Lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 143 V 269 consid. 6.2.3.2 ; 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 ; TF 8C_13/2022 du 29 septembre 2022 consid. 3.1.2).

5.1 En vertu du principe de la libre appréciation des preuves, consacré notamment à l'art. 61 let. c LPGA, le juge est tenu de procéder à une appréciation complète, rigoureuse et objective des rapports médicaux en relation avec leur contenu ; il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c ; TF 8C_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7, 9C_573/2010 du 8 août 2011 consid. 4.1).

5.2 Selon la jurisprudence, le devoir de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires à l'appréciation du cas au sens de l'art. 43 al. 1 LPGA ne comprend pas le droit de l'assureur de recueillir un second avis médical (second opinion) sur les faits déjà établis par une expertise, lorsque celle-ci ne lui convient pas (ATF 141 V 330 consid. 5.2) ; l'assuré ne dispose d'ailleurs pas non plus d'une telle possibilité. Si l'assureur n'est donc pas autorisé à remettre en question le bien-fondé d'une évaluation médicale au moyen d'un second avis médical, il est néanmoins tenu d'examiner si et dans quelle mesure il convient de compléter l'instruction, afin que l'état de fait déterminant pour la solution du litige soit établi au degré de la vraisemblance prépondérante (TF 8C_592/2021 du 4 mai 2022 consid. 7.1.2). La nécessité de mettre en œuvre une nouvelle expertise découle du point de savoir si les rapports médicaux au dossier remplissent les exigences matérielles et formelles auxquelles sont soumises les expertises médicales (ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_208/2025 du 2 juin 2026 consid. 3.1, 9C_573/2010 du 8 août 2011 consid. 4.2).

Selon une jurisprudence constante, lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien- fondé (ATF 137 V 210 consid. 1.3.4 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il ne suffit pas de prétendre que l'expert aurait dû logiquement présenter des conclusions différentes ; il convient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou établir le caractère incomplet de son ouvrage. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2). Dans cette hypothèse, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TFA I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1), on ne saurait 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, compte tenu de la relation de confiance qui unit le médecin traitant à son patient. Toutefois, ce motif seul ne suffit pas pour écarter purement et simplement l'avis de médecins traitants (dans ce sens, cf. not. TF 9C_12/2012 du 20 juillet 2012 consid. 7.1).

5.3 Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de faits allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 125 V 193 consid. 2 ; 121 V 47 consid. 2a).

Selon la maxime inquisitoire qui régit la procédure devant le tribunal cantonal des assurances - de même que la procédure administrative (art. 43 al. 1 LPGA) - dans le domaine des assurances sociales, le juge doit établir (d'office) les faits déterminants pour la solution du litige, avec la collaboration des parties. Il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement (art. 61 let. c LPGA). En principe, les parties ne supportent ni le fardeau de l'allégation ni celui de l'administration des preuves. Cette maxime doit cependant être relativisée par son corollaire, soit le devoir de collaborer des parties. Celui-ci comprend l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela est raisonnablement exigible, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 et réf. cit. ; cf. également ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; TF 9C_476/2021 du 30 juin 2022 consid. 5.2.1).

5.4 Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; cf. ATF 131 I 153 consid. 3 ; 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV N 10 p. 28 consid. 4b ; cf. ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1 et réf. cit.).

En revanche, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 LPGA), l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a ; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4).

6. Selon la jurisprudence, l'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'autres affections psychiques ou psychosomatiques, au sein desquelles s'inscrivent notamment les syndromes de dépendance (troubles mentaux liés à l'utilisation de substances psychoactives), doit être effectuée selon un schéma défini, au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5 143 V 409 et 418 ; 145 V 215). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique 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 du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_388/2025 du 30 juillet 2026 consid. 5.1).

L'évaluation selon la grille d'évaluation normative et structurée est superflue lorsque l'incapacité de travail est niée, de manière convaincante, sous l'angle psychique sur la base d'un rapport probant établi par un médecin spécialisé (ATF 145 V 215 consid. 7 ; 143 V 409 consid. 4.5.3 ; TF 9C_605/2020 du 19 juillet 2021 consid. 5.2 et réf. cit.).

7. En l'espèce, pour nier le droit aux prestations du recourant, l'intimé s'est fondé sur les conclusions de l'expertise du D._____ qu'il juge probante, ce que conteste le recourant.

7.1 Avant d'examiner la valeur probante de l'expertise du D._____, il convient en premier lieu d'examiner celle du C._____ et si c'est, à bon droit, que l'intimé a ordonné la réalisation d'une seconde expertise.

Sur le plan formel, l'expertise du C._____ ne donne pas lieu à discussion. Sur le plan matériel, les experts ont retenu les diagnostics incapacitants de spondylarthropathie mixte et de rachialgie mixte. Le diagnostic d'ordre psychiatrique

de trouble anxieux, dépressif mixte (F41.2) n'est, lui, pas considéré comme incapacitant (p. 378).

Ils motivent leur diagnostic somatique par le fait que les douleurs lombaires du recourant, diagnostiquées en tant que syndrome douloureux myofascial par le médecin traitant du recourant, persistent, qu'un déconditionnement global avec un syndrome lombo vertébral et cervical est observé, que des rachialgies inflammatoires avec réveil nocturne, raideur matinale de plus d'une heure sont rapportées, de même que la notion de talagie, de dactylite du 4e doigt, notion des yeux rouges sans diagnostic d'uvéite (aucun examen ophtalmologique), notion de douleurs rachialgiques chez deux des frères du recourant, de psoriasis chez la tante, de réponse partielle aux anti-inflammatoires. La capacité de travail est à réévaluer dans un délai de six mois (à partir de la date de la prise en charge rhumatologique) étant précisé qu'un bilan rhumatologique est demandé, ainsi qu'une recherche HLA B27 et B5 et une IRM lombo-sacrée (p. 375 ; p. 390s). Sur cette base, ils retiennent les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charge répété de plus de 10kg, de positions agenouillées ou accroupies, de montées ou de descentes des échelles/échafaudages, de position debout ou assise de plus d'une heure et de surcharge du rachis dans sa totalité. La capacité de travail est nulle dans toute activité (p. 380).

Les experts ont confirmé leurs conclusions dans leur rapport complémentaire du 8 février 2023 (p. 476 ss).

Sans revenir ici sur le diagnostic retenu, il apparaît effectivement que les conclusions des experts manquent d'explications respectivement souffrent de contradictions intrinsèques. Si l'on comprend de l'expertise et de son complément que le cas n'est pas stabilisé, on ne saisit toutefois pas pour autant pour quelles raisons des limitations fonctionnelles sont indiquées et, de ce fait, pour quelles raisons une certaine capacité de travail ne serait pas exigible du recourant dans une activité les respectant. Les experts n'indiquent en particulier pas ici que la prise en charge thérapeutique recommandée ne permettrait pas la reprise d'une activité professionnelle en parallèle (cf. complément du 8 février 2023, p. 477).

Confronté aux contradictions entre l'expertise somatique, qui rapporte des plaintes cohérentes et plausibles, validées par l'examen somatique chez un assuré dont les ressources sont très faibles, qui vit seul, retranché à domicile, sans ami avec de la famille éloignée (cf. p. 398 s.), et l'expertise psychiatrique, qui indique que le recourant ne présente pas de limitation fonctionnelle concrète, cohérente et plausible pour la réalisation des tâches de la vie quotidienne, chez un assuré qui bénéficie du soutien de sa fille et d'un meilleur ami (p. 377, 415 et 419), l'expert rhumatologue répond qu'il a analysé les plaintes et la cohérence d'un point de vue somatique et que, sur ce plan, elles lui paraissent tout à fait cohérentes et plausibles (p. 477). Ce faisant, il ne répond pas à la question de savoir pourquoi le recourant, qui ne rencontre, selon l'expert psychiatre *« aucune limitation fonctionnelle concrète pour la réalisation des tâches de la vie quotidienne en lien avec une symptomatologie*

psychiatrique », est « *autonome dans toutes les tâches de la vie quotidienne, pour ses déplacements conduisant régulièrement sa voiture, sortant au moins 1 h par jour et s'intéressant à de nombreux programmes télévisés* » (p. 415) ou encore qui n'a aucune perte de fonctionnalité dans l'entretien du jardin, de l'extérieur et des animaux (p. 419), serait totalement incapable de travailler dans une activité respectant les limitations fonctionnelles retenues. Les experts ne se prononcent en particulier pas ici sur la logique de majoration des difficultés et des symptômes relevée par l'expert psychiatre (p. 419).

Ainsi, en l'absence d'explications claires sur la capacité de travail exigible du recourant dans une activité adaptée et de la contradiction observée entre les limitations et ressources rapportées entre l'expert somatique et psychiatre, c'est à bon droit que l'intimé a décidé de la mise en œuvre d'une nouvelle expertise qui ne constitue pas, dans ces circonstances, une « second opinion » prohibée par la jurisprudence précitée (cf. consid. 6.2 supra). Le recourant ne prétend du reste pas que les défauts matériels qui ont justifié la mise en œuvre d'une nouvelle expertise seraient en réalité inopérants.

7.2

7.2.1 Concernant l'expertise du D._____, le recourant en conteste en premier lieu les conclusions sur le plan somatique.

La Cour constate que l'expert en rhumatologie a procédé à un résumé de l'ensemble des rapports médicaux en sa possession (p. 737 ss), a rapporté les plaintes du recourant (p. 754) et a décrit son anamnèse (p. 755 ss). L'expert a ensuite fait état de ses constatations sur la base de son examen clinique (p. 759 ss) pour apprécier le cas et poser le diagnostic de lombalgies chroniques sans syndrome radiculaire vrai sur discarthrose discrètement érosive L3-L4, avec répercussion sur la capacité de travail du recourant (p. 766).

L'appréciation rhumatologique a ensuite été validée de manière consensuelle (p. 681 ss, p. 689).

L'expertise satisfait ainsi aux réquisits formels d'une expertise.

7.2.2 Sur le plan matériel, l'expert a repris les rapports médicaux au dossier qu'il a confrontés aux résultats de son examen clinique et à l'anamnèse du recourant, non sans noter ici que l'anamnèse a été difficile, le recourant se perdant en conjectures et devant être recentré par l'expert qui a beaucoup de mal à cerner les modalités évolutives des affections du recourant, son mode de vie ou sa journée type (p. 759 et 765). L'expert relève ainsi que, paradoxalement, alors qu'au moment du dépôt de la demande de prestations, c'étaient les douleurs liées au syndrome du canal carpien qui étaient au premier plan, le recourant n'en a pas du tout parlé lors de l'expertise. Il allègue désormais que ce sont les lombalgies qui sont au premier plan des plaintes, alors que celles-ci évolueraient depuis de nombreuses années. Bien que l'anamnèse soit difficile, l'expert considère que le rythme des douleurs n'est en aucun cas

inflammatoire typique, mais plutôt mécanique avec une impulsivité aux efforts naturels. Bien que l'examen clinique soit sujet à caution, il note que le rachis apparaît souple, que l'appréciation des manœuvres de cisaillement des sacro-iliaques est non reproductible, qu'il n'y a pas de signe dure-mérien, pas de déficit sensitif ou moteur objectif. Il note en revanche une diminution du réflexe rotulien droit et de l'achiléen droit. En sus de ses constatations, il relève que les AINS n'ont jamais été efficaces, l'absence de spondylarthropathie familiale, pas d'éléments en faveur d'une MICI (maladie inflammatoire chronique de l'intestin), d'une uvéite, d'un psoriasis, pas d'enthésite vraie, pas d'arthrite, pas de syndrome inflammatoire, et que l'intéressé n'est pas porteur de l'antigène l'antigène HLA-BZ7. Enfin, les clichés sont en faveur d'une discarthrose L3-L4 banale, sans image évocatrice d'une spondylarthropathie sur le rachis. L'expert rappelle que les hypersignaux des coins vertébraux ne sont pas spécifiques d'une spondylarthropathie et ne sont même pas présents en l'espèce. Les sacro-iliaques sont strictement normales. L'expert retient en définitive qu'il n'y a pas vraiment d'argument réel en faveur d'une spondylo-arthropathie. Il s'interroge ainsi sur la justification d'une biothérapie dont les effets (de deux molécules différentes) ont été totalement inefficaces. Il faut ainsi en rester, selon l'expert, au diagnostic de lombalgies communes comme évoqué par le médecin traitant du recourant, spécialiste du rachis.

Compte tenu du diagnostic retenu, respectivement des lombalgies d'origine mécanique, qui semblent s'être acutisées très récemment, l'expert ne s'explique pas pourquoi elles entraînent une telle limitation dans toutes les activités quotidiennes avec un déconditionnement majeur entrainant le recours à une aide-ménagère, un ergothérapeute, la livraison de repas ou la venue d'une infirmière. Compte tenu également de la difficulté à cerner la réelle activité exercée par le recourant au moment du dépôt de sa demande, mais aussi de l'empan manifeste entre le handicap majeur allégué au moment de l'expertise, des données anamnestiques recueillies lors de la précédente de novembre 2023 et de l'absence d'amélioration fonctionnelle significative obtenue après deux tentatives de biothérapie, les seules lésions somatiques ne peuvent définitivement expliquer le retentissement fonctionnel majeur sur tous les actes de la vie quotidienne.

Les limitations fonctionnelles retenues sont ainsi le port de charges lourdes excédant 10 kg, les efforts en antéflexion, en rotations prolongées ou répétées du tronc, les travaux sur ou avec des objets vibrants. Une pleine capacité de travail est exigible dans cette activité. A supposer que l'activité de chauffeur de taxi était effectivement exercée au moment de la demande, dite activité est considérée comme adaptée. Une diminution de rendement de 20 % peut toutefois être admise compte tenu des fonctions ralentissant la montée et la sortie d'un véhicule et le port de bagages (p. 767).

Le raisonnement de l'expert rhumatologique est globalement repris dans l'appréciation consensuelle (p. 684 ss).
Le raisonnement de l'expert est clair convaincant et dûment motivé.

7.2.3 Le recourant considère dans un premier grief que le diagnostic de spondylarthrite doit être retenu et que l'expert du D._____ s'est écarté de manière insoutenable de l'appréciation de celle du C._____, confirmée par la suite par son rhumatologue traitant.

Comme relevé ci-dessus, les motifs qui ont conduit les experts à exclure le diagnostic de spondylarthrite est convaincant. Si, selon les experts du C._____ et le rhumatologue traitant, les résultats de l'IRM du 26 octobre 2023 parlent en faveur de ce diagnostic, il s'agit pour l'essentiel d'une appréciation différente de la situation sans qu'on puisse retenir que les experts du D._____ ont ignoré des éléments cliniques ou diagnostiques objectivement vérifiables suffisamment importants pour remettre en cause leurs conclusions. Les experts ont en effet motivé et expliqué pourquoi le diagnostic de spondylarthrite ne pouvait être retenu et ont, dans ce cadre, apprécié les résultats de l'IRM de 2023 considérant pour leur part que les clichés neuroradiologiques disponibles sont en faveur d'une discarthrose L3-L4 banale mais qu'il n'y a aucune image évocatrice d'une spondylarthropathie sur rachis (p. 684, 765). On relèvera ici que les conclusions du radiologue ne sont pas péremptoires, celui-ci ayant rapporté, au niveau L3-L4, un tableau *pouvant correspondre* à une spondylarthrite, respectivement *étant compatible* avec des signes de spondylarthrite (p. 395).

Il est quoi qu'il en soit rappelé que, de jurisprudence constante, ce n'est pas le diagnostic en tant que tel qui est déterminant pour apprécier l'incapacité de travail, mais le tableau clinique suffisamment établi et ses répercussions concrètes sur la capacité fonctionnelle et de rendement (ATF 144 V 245 consid. 5.5.2, TF 8C_210/2024 du 2 décembre 2024 consid. 4.3).

Or, s'agissant des limitations fonctionnelles retenues, les conclusions des experts du D._____ rejoignent en substance celles retenues par les experts du C._____ (p. 380 et 690), bien que ces derniers n'y voient aucune capacité de travail dans le respect des limitations retenues. Concernant le rhumatologue traitant du recourant, celui-ci relève dans son rapport du 24 avril 2025 (p. 834 ss) que, nonobstant l'introduction d'un traitement Anti-TNF biologique en 19 février 2024, ainsi qu'une infiltration, l'intensité des douleurs constatées lors de son examen est identique à ce qu'elles étaient en février 2024. Ce médecin constate l'absence de limitation fonctionnelle, précisant que l'intensité des douleurs a toujours été en relation avec le côté anxio-dépressif du recourant. Le côté psychiatrique a, selon le rhumatologue traitant, été oublié par les experts et est non négligeable ; le recourant souffre de douleurs psycho-somatiques qui amplifient, par somatisation, les douleurs en relation avec son arthrose lombaire et sa spondylarthrite et contribuent, de ce fait, à la non-efficacité des différents traitements instaurés. Ainsi, il considère qu'une capacité de travail à 50 % de longue durée peut être proposée au recourant dans une activité respectant les limitations suivantes : une activité en position alternée debout/assisse, sans position assise prolongée de plus de 20 minutes, sans port de charges supérieure à 5 kg, sans position inclinée en avant.

On comprend ainsi clairement de ce rapport que les limitations fonctionnelles retenues sont avant tout d'ordre psychique et non somatique. Dans cette mesure, l'appréciation du rhumatologue traitant, quel que soit finalement le diagnostic retenu, ne permet pas de remettre en cause la valeur probante de l'expertise d'un point de vue rhumatologique. Quant à son appréciation sur le plan psychiatrique, elle s'écarte de sa spécialisation.

7.3 Sur le plan psychiatrique, l'expertise litigieuse remplit également, d'un point de vue formel, tous les réquisits nécessaires.

L'experte psychiatre a procédé à une synthèse de l'ensemble des rapports médicaux en sa possession (p. 695 ss), a rapporté les plaintes spontanées et sur demande du recourant (p. 715 ss), a décrit l'anamnèse personnelle et médicale du recourant (p. 717 ss). L'experte a également fait état de ses constatations sur la base de son examen (p. 720 ss), des résultats de laboratoire et des tests auxquels elle a procédé (p. 723). Elle a enfin discuté et apprécié ces éléments (p. 723 ss), pour retenir le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, retenu sur l'existence de plaintes physiques non complètement expliquées sur le plan organique, à l'origine d'une détresse psychique alléguée, sans rémission en dépit d'une prise en charge intensive (F45.4), étant relevé qu'un phénomène de majoration, voire de simulation des plaintes, ancien, auquel le recourant semble maintenant adhérer n'est pas exclu ainsi que le diagnostic de personnalité émotionnellement labile, type impulsif, ancienne actuellement non décompensé (F60.30) (p. 728). L'experte a en outre pris soin d'expliquer pour quels motifs le diagnostic d'épisode dépressif actuel n'était pas retenu (p. 728).

L'experte psychiatre s'est également prononcée sur les indicateurs déterminants. En particulier, elle a examiné la cohérence et la plausibilité des plaintes du recourant relevant notamment que le recourant, qui apparaissait très fatigué dans la salle d'attente s'est rapidement montré vigile et réactif lors de l'examen, que l'aggravation de son état psychique depuis 2021 est incompréhensible au regard de la prise en charge importante dont il a bénéficié et d'un traitement médicamenteux théoriquement adapté, étant relevé ici que le traitement psychotrope n'a pas été adapté en dépit d'une aggravation alléguée des troubles (p. 727 s.). Elle a également examiné les capacités, ressources et difficultés du recourant (p. 729 ss), arguant que le recourant présente de bonnes ressources (personnelles), mais qu'il ne les mobilise pas de manière efficiente depuis 2021. Bien que ses capacités paraissent nulles selon les plaintes du recourant, l'experte relève qu'il a pu s'organiser pour participer à l'expertise, s'adapter au cadre et gérer la relation interpersonnelle. Il a également montré d'assez bonnes capacités de communication et de verbalisation, n'a pas montré de signes objectifs de déficit attentionnel ni d'asthénie au cours de l'entretien. Il n'est pas apparu souffrant de manière aussi importante que décrite, ayant pu rester assis sur une chaise pendant plus d'une heure sans demander à se lever. Des troubles du jugement, de la prise de décision ou de résolution de problèmes n'ont pas été objectivés. Ainsi, dans l'hypothèse vraisemblable de majoration, constatée par

l'experte psychiatre et le rhumatologue, voire de simulation, l'experte ne retient pas de limitations fonctionnelles significatives (p. 729 s.).

Compte tenu de ce qui précède, l'experte psychiatre considère que le recourant présente une pleine capacité de travail d'un point de vue psychiatrique et qu'elle a toujours été entière, sous réserve des périodes d'hospitalisation (p. 730).

D'un point de vue matériel, les explications de l'experte sont claires, convaincantes et dûment motivées. On comprend clairement des conclusions et de la motivation de l'expertise que c'est essentiellement en raison de la majoration des plaintes que les diagnostics retenus sont considérés comme non incapacitants.

7.4 Le recourant fait grief à l'experte d'avoir exclu le diagnostic d'épisode dépressif alors qu'il en remplit les critères au regard notamment de la description d'une journée type et autres constats rapportés par l'expert rhumatologue (plus de contacts avec sa fille, troubles du sommeil, plus d'appétit, reste cloîtré chez lui, aucune activité, etc.). Le diagnostic d'épisode dépressif a du reste été retenu par son psychiatre traitant.

En l'occurrence, l'experte a clairement rapporté les plaintes du recourant ainsi que son quotidien et relevé que, si l'on s'en tenait à ses plaintes subjectives, chaque item de la Mini CIF-APP serait quasiment côté à son maximum (p. 729 s.). Elle s'est toutefois distancée de ces résultats, respectivement des plaintes subjectives compte tenu du comportement majorant du recourant. Elle a également expliqué de manière convaincante pour quels motifs le diagnostic d'épisode dépressif ne pouvait être tenu à mesure que, tant selon les propos du recourant lui-même, que selon les conclusions de son psychiatre traitant, ses plaintes du registre dépressif sont liées à l'intensité de ses plaintes douloureuses, alors même que celles-ci ne s'expliquent pas sur le plan somatique (p. 728).

L'appréciation du psychiatre traitant, en particulier le rapport du 28 février 2025, est effectivement marqué par les importantes douleurs dorsales attribuées, selon le psychiatre, à la spondylarthrite dont souffre le recourant, à son impact sur la vie quotidienne du recourant, respectivement son humeur (p. 642 ss). Or, comme examiné ci-dessus, les troubles d'ordre somatique dont souffrent le recourant, quel que soit leur diagnostic, ne sont pas limitants dans la vie quotidienne. L'appréciation du psychiatre traitant, qui repose ainsi essentiellement sur des douleurs somatiques non objectivables, n'apparaît ainsi pas propre à faire douter des conclusions de l'expertise.

Il en va de même du rapport du 22 février 2024 de la clinique dans laquelle a été hospitalisé le recourant du 17 janvier au 6 février 2024, celui-ci faisant état de douleurs invalidantes qui perturbent le recourant dans sa mobilisation avec des répercussions sur le plan psychique. Il en ressort en outre que le résultat du séjour est mitigé, en raison d'une persistance voire augmentation des douleurs en fin de séjour avec une participation aléatoire du recourant aux activités, lequel peut devenir très revendicateur lors de poussées douloureuses (p. 490 s).

De manière générale la Cour note que le recourant reproche aux experts de ne pas avoir pris en compte ses plaintes. Celles-ci ont toutefois bien été entendues et mentionnées, autre est la question de savoir si elles sont objectives et incapacitantes, ce qu'ont nié les experts. Sur ce point, le recourant leur fait grief d'avoir retenu qu'il était majorant, sans le motiver. Tant l'expert rhumatologue que l'experte psychiatre ont toutefois motivé les éléments qui leur permettaient d'arriver à cette conclusion. Il en va ainsi en particulier de la régression importante de l'état du recourant entre les deux expertises alors qu'il bénéficie d'une prise en charge thérapeutique conséquente, du retentissement fonctionnel majeur des troubles du recourant sur tous les actes de la vie quotidienne compte tenu des lésions somatiques, de son comportement en salle d'attente en contradiction avec celui observé durant l'expertise psychiatrique, le fait que le traitement psychotrope n'ait pas été modifié en dépit d'une aggravation alléguée des troubles, de l'intolérance invoquée aux antidépresseurs, sans qu'aucun dosage n'ait été effectué pour vérifier notamment la compliance, etc. (p. 688s, 727 s., 766 s.).

Il apparaît ainsi que la majoration des plaintes attribuée au recourant a été motivée et repose sur des éléments objectifs.

7.5 Aucun élément ne permet en définitive de remettre en cause la valeur probante de l'expertise du D._____.

Il s'ensuit qu'une pleine capacité de travail est reconnue au recourant dans une activité adaptée à ses limitations (cf. consid. C supra).

8. Le recourant prétend enfin que ses chances de retrouver un emploi sont faibles au vu de son âge, de son absence de formation, de son éloignement du marché du travail et de ses limitations fonctionnelles.

8.1 Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

L'évaluation de l'invalidité s'effectue à l'aune d'un marché du travail équilibré. Cette notion, théorique et abstraite, sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle ne tient pas compte de la situation concrète du marché du travail, englobe également en période de difficultés économiques des offres d'emploi effectivement inexistantes et fait abstraction de l'absence ou de la diminution des chances des personnes atteintes dans leur santé de trouver effectivement un emploi convenable et acceptable. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (cf. ATF 148 V 174

consid. 9.1. et les réf. citées ; 110 V 273 consid. 4b ; TF 8C_661/2023 du 21 mai 2024 consid. 5 et les réf. citées ; 8C_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3 ; 9C_248/2018 du 19 septembre 2018 consid. 6.2).

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de gain sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 7 al. 1 et 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives ; cet examen s'effectue de façon d'autant plus approfondie que le profil d'exigibilité est défini de manière restrictive. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre. On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (ATF 148 V 174 consid. 9.1 ; 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 8C_661/2023 du 21 mai 2024 consid. 5 et les réf. citées). Cependant, là encore, le caractère irréaliste des possibilités de travail doit découler de l'atteinte à la santé - puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance d'une invalidité (cf. art. 7 et 8 LPGA) - et non de facteurs étrangers à l'invalidité, par exemple de facteurs psychosociaux ou socioculturels (TF 9C_420/2025 du 7 novembre 2025 consid. 5.2.2, 8C_772/2020 précité consid. 3.3 ; 8C_99/2019 du 8 octobre 2019 consid. 5.4 ; 8C_303/2018 du 26 novembre 2018 consid. 5.1).

8.2 En l'occurrence, pour procéder au calcul de la perte économique du recourant, l'intimé s'est fondé sur les données statistiques tant pour évaluer le revenu avant qu'après invalidité à mesure que, bien que le recourant se soit prévalu d'une activité de chauffeur de taxi indépendant, il n'a, selon son extrait de compte individuel du 12 avril 2021, perçu aucun revenu pour cette activité ; il a, au contraire, versé des cotisations comme personne sans activité lucrative depuis 2017. Vu l'absence de formation certifiante du recourant, l'intimé s'est fondé à juste titre sur le tableau ESS 2020, TA1, total, hommes, niveau de compétence 1, indexé en 2021, dès lors que le droit à une rente AI pouvait prendre naissance au plus tôt en octobre 2021 (délai de carence de 6 mois dès le dépôt de la demande intervenue en mars 2021 [art. 29 al. 1 LAI] ; incapacité de travail de plus de 40 % ayant débuté le 25 août 2020 [p. 422] et arrivée à échéance le 25 août 2021 [art. 28 al. 1 et 29 al. 1 et 3 LA]).

Au vu des limitations fonctionnelles retenues (cf. consid. D supra), considérées sommes toutes comme légères, il convient d'admettre que le secteur de la production offre un large éventail d'activités simples et répétitives, adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation autre qu'une mise au courant initiale. Par ailleurs, âgé de 57 ans au moment où il a été constaté que l'exercice d'une activité

adaptée était médicalement exigible (rapport d'expertise du 19 mars 2025), le recourant n'avait 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 (ATF 143 V 431 consid. 4.5.2, 138 V 457 consid. 3.1 et 3.3).

Compte tenu de ces éléments, force est de conclure que le recourant est en mesure d'exploiter sa capacité de travail résiduelle sur un marché du travail équilibré. De plus, au vu de son expérience professionnelle étendue et variée (chauffeur-livreur, aide en salle d'opération, concierge, vendeur, auxiliaire de santé, polisseur ; p. 176), il ne fait aucun doute qu'il possède une grande faculté d'adaptation qu'il peut mettre à profit dans une activité adaptée.

9. Pour le surplus, le calcul de la perte économique issu des revenus statistiques de valide et d'invalide retenus par l'intimé ne prêtent pas le flanc à la critique. Ils ne sont du reste pas contestés par le recourant. Il est ici précisé qu'un éventuel abattement ne modifierait pas le droit à la rente du recourant.

10. Les frais de la procédure doivent être mis à la charge du recourant qui succombe (art. 61 let. f^{bis} LPGA, 69 al. 1bis LAI et 219 al. 1 Cpa). Il n'est pas alloué de dépens, ni au recourant ni à l'intimé (art. 61 let. g LPGA).

PAR CES MOTIFS, LA COUR DES ASSURANCES ARRÊTE :

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais de la procédure, par CHF 700.-, sont mis à la charge du recourant et prélevés sur son avance. Il n'est pas alloué de dépens.
3. Les parties sont informées des voie et délai de recours selon avis ci-après.
4. Le présent arrêt est notifié :
- au recourant, A._____ ;
- à l'intimé, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité, rue Bel-Air 3, 2350 Saignelégier ;
- à l'Office fédéral des assurances sociales, Effingerstrasse 20, 3003 Berne.

Porrentruy, le 24 septembre 2026

AU NOM DE LA COUR DES ASSURANCES
La présidente a.h. : La greffière e.o. :

Nathalie Brahier Océane Migliore

Communication concernant les moyens de recours :

*Il vous est loisible de déposer un **recours en matière de droit public** auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement, conformément aux dispositions de la LTF, en particulier aux art. 42, 82 ss et 90 ss LTF, dans un délai de **30 jours** à partir de la date où ce jugement vous a été notifié (art. 100 LTF). Ce délai ne peut pas être prolongé (art. 47 al. 1 LTF).*

Le mémoire de recours sera adressé au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne.

Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. Il doit exposer succinctement en quoi l'acte attaqué viole le droit (art. 42 al. 2 LTF).

Le recours ne peut critiquer les constatations de fait que si les faits ont été établis de façon manifestement inexacte ou en violation du droit au sens de l'art. 95, et si la correction du vice est susceptible d'influer sur le sort de la cause (art. 97 al. 1 LTF). Si la décision qui fait l'objet d'un recours concerne l'octroi ou le refus de prestations en espèces de l'assurance-accidents ou de l'assurance militaire, le recours peut porter sur toute constatation incomplète ou erronée des faits (art. 97 al. 2 LTF).

Les décisions préjudicielles ou incidentes sont susceptibles de recours aux conditions des art. 92 et 93 LTF.

Les pièces invoquées comme moyens de preuve doivent être jointes au mémoire. Il en va de même du jugement attaqué (art. 42 al. 3 LTF).

*Les mémoires doivent être remis au plus tard le dernier jour du délai, soit au Tribunal fédéral, soit, à l'attention de ce dernier, à la Poste **Suisse** ou à une représentation diplomatique ou consulaire **suisse** (art. 48 al. 1 LTF).*