RÉPUBLIQUE ET CANTON DU JURA

TRIBUNAL CANTONAL

COUR DES ASSURANCES

AI 2025 135

AJ 2025 136

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

ARRÊT DU 7 OCTOBRE 2026

en la cause liée entre

A._____,
- représenté par **Me Laurie Roth**, avocate à Delémont,

recourant,

et

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

intimé,

relative à la décision de l'intimé du 28 octobre 2025 (N° AVS : XXX._____).

_____

CONSIDÉRANT

En fait :

A. A._____ (ci-après : le recourant), né le ._____ 1974, est titulaire d'un certificat de capacité de chauffagiste. Il exerce une activité d'installateur en chauffage et sanitaire à un taux d'occupation de 80 %, réparti sur 5 jours, auprès de l'entreprise B._____.

B. Le 7 novembre 2023, le recourant a déposé auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'intimé) une demande de prestations AI pour des mesures professionnelles/rente en raison de « troubles du dos avec opération suite à l'évènement du 15.09.2023 et troubles du pouce droit suite à l'évènement du 25.06.2023 » (p. 2 ss ; les pages citées ci-après sans autre indication se rapportent au dossier produit par l'intimé sur support numérique, au format PDF).

C. L'intimé a recueilli les renseignements médicaux usuels auprès de l'employeur (p. 184 ss) et des médecins traitants du recourant (cf. not. p. 175, 226). Il a également requis le dossier de l'assureur-accidents, à savoir la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA), laquelle a pris en charge les suites des accidents en cause (p. 32 s. et 163 s.).

Les principaux éléments médicaux ressortant de l'instruction menée par l'intimé se présentent comme suit :

C.1 Le 25 juin 2023, lors d'une manifestation, le recourant a été bousculé par une personne circulant à vélo et projeté contre une barrière métallique. Cet évènement a entraîné une fracture intra-articulaire de la base P2D1 de la main droite, laquelle a été traitée de manière conservatrice, notamment par des séances de physiothérapie et d'ergothérapie (p. 152 ss, 168 et 230).

Le recourant a été en incapacité totale de travailler du 25 juin au 21 septembre 2023 (p. 156 à 159).

C.2 Le 15 septembre 2023, alors qu'il circulait à vélo, le recourant a été renversé par une voiture qui lui a coupé la priorité (p. 102). Le jour même, il s'est rendu aux urgences de l'Hôpital C._____, avant d'être transféré, le lendemain, à l'Hôpital D._____ (p. 220 ss).

C.2.1 Le recourant a été hospitalisé du 16 au 29 septembre 2023 à l'Hôpital D._____. Les diagnostics de fracture instable de D5 (AO B2), avec saignement épidural et sténose consécutive de haut grade du canal rachidien, de traumatisme crânien simple ainsi que de plaies superficielles fronto-temporales gauches et de l'oreille gauche ont été posés (p. 178 ss, 320 ss).

Il a subi une intervention chirurgicale consistant en une stabilisation ouverte de Th3 à Th7 avec fusion postérolatérale par autogreffe et allogreffe, ainsi qu'en une évacuation de l'hématome péridural au moyen d'une large fenêtre interlaminaire Th4/5 et Th5/6 (p. 320 ss).

C.2.2 Du 29 septembre au 4 octobre 2023, le recourant a séjourné à l'Hôpital C._____ à des fins de rééducation et de réadaptation (p. 48 et 60 ss).

Il ressort du rapport du 5 octobre 2023, qu'à son arrivée, le recourant était stable et ne présentait pas de trouble neurologique. Il tolérait bien la mobilisation, effectuée avec l'aide de la physiothérapie, et respecte les consignes. Les plaies étaient calmes et les douleurs maîtrisées par une antalgie de palier 1 (p. 176 ss).

C.2.3 Selon le rapport médical du 28 mars 2024, établi à la suite du rendez-vous de consultation de contrôle du même jour, le recourant était en mesure de supporter une charge de travail normale. Dès la semaine suivante (dès le 8 avril 2024), il devait

reprendre son activité d'installateur de chauffage à 50 % puis retrouver une capacité de travail de 100 % deux semaines plus tard (dès le 22 avril 2024) (p. 379 ss).

C.2.4 Selon le rapport médical du 26 septembre 2024, la fracture était complètement guérie. Une reconstruction du fascia n'était actuellement pas indiquée car il n'était pas certain que le recourant en souffrait. Dans son activité de monteur en chauffage, une incapacité de travail de 50 % perdurait en raison des douleurs existantes à l'effort. Dans le cas où le patient ne pourrait toujours pas travailler à 100%, une reconversion est envisageable (p. 421 ss).

C.2.5 En raison de dorsalgies persistantes consécutives à la fracture instable de D5, le recourant a séjourné à la E._____ (ci-après : E._____) du 11 février au 19 mars 2025, où il a bénéficié de thérapies physiques et fonctionnelles.

Selon le rapport du médecin de la E._____ du 8 avril 2025, à l'admission en réadaptation, le recourant se plaignait principalement de douleurs dorsales et lombaires, ainsi que de douleurs intermittentes au pouce droit, avec des limitations notamment pour le port de charges et certaines positions. L'évolution sous physiothérapie et réadaptation a été favorable, avec une bonne participation et sans incohérence relevée. L'évaluation fonctionnelle a mis en évidence un niveau d'effort moyen, avec une capacité à manipuler des charges de 15 à 25 kg. Des limitations provisoires ont été retenues pour les charges supérieures à 20-25 kg, les ports répétés de plus de 10-15 kg et les activités sollicitant de manière prolongée ou répétée le tronc. La poursuite de la physiothérapie était préconisée. Le pronostic de réinsertion dans l'activité habituelle est jugé plutôt favorable, l'employeur étant disposé à adapter le poste. Une reprise à 50 % était prévue dès le 20 mars 2025, avec une augmentation progressive de la capacité de travail (p. 843 ss).

C.2.6 Le recourant a été en incapacité totale de travail du 15 septembre au 22 décembre 2023 (p. 18), puis jusqu'au 24 mars 2024 (p. 318). Il a ensuite présenté une incapacité de travail partielle, dont le taux a varié entre 50 % et 70 % (cf. notamment p. 537 et 753), avant d'être à nouveau totalement incapable de travailler durant son séjour à la E._____ (p. 874). Du 20 mars au 20 avril 2025, son incapacité de travail s'élevait à 50 % (p. 874), puis à 30 % du 21 avril au 20 mai 2025 (p. 888), avec de fréquentes absences (cf. p. 886).

C.2.7 Dans son appréciation médicale du 3 juillet 2025, la médecin conseil de la CNA a constaté la stabilisation médicale de l'état de santé du recourant et considéré que ses plaintes étaient désormais séquellaires. Malgré un séjour à la E._____ du 11 février au 19 mars 2025, une composante algique interscapulaire persistante limitait sa capacité de travail. La CNA a retenu une atteinte à l'intégrité physique de 10 %. S'agissant de l'invalidité, elle a considéré que le recourant disposait d'une pleine capacité de travail et de rendement dès le 3 juillet 2025 dans une activité théorique respectant les limitations fonctionnelles retenues (pas de port de charges répété supérieur à 10 kg, de port de charges unique supérieur à 15 kg, de position en porte-à-faux du tronc, de mouvements extrêmes et/ou répétitifs du tronc, de position

statique debout prolongé, de conduite d'un véhicule professionnel) (p. 908 ss et 911 ss).

C.2.8 Par courrier du 22 août 2025, se fondant sur l'appréciation médicale précitée, la CNA a retenu qu'aucune amélioration notable de l'état de santé ne pouvait plus être attendue du traitement des suites de l'accident du 15 septembre 2023. Elle a dès lors mis fin aux prestations d'assurance, soit aux soins médicaux et au versement des indemnités journalières, avec effet au 30 septembre 2025 (p. 951 ss).

D. Dans son avis médical du 10 juillet 2025, la médecin du Service régional médical (ci-après : SMR) a retenu qu'il n'existait aucun motif médical de s'écarter de l'évaluation finale de la médecin de la CNA. Les séquelles du second accident limitent la capacité de travail de l'assuré à 50 % dans son activité habituelle, ce qui a été confirmé lors de la reprise progressive à 70 %, laquelle s'est accompagnée d'absences. En revanche, le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité moins exigeante physiquement que celle d'installateur sanitaire et respectant les limitations fonctionnelles retenues (p. 920 ss).

E. Par projet de décision du 4 août 2025, l'intimé a informé le recourant de son intention de rejeter sa demande de prestations. Il a retenu qu'une pleine capacité de travail était exigible, depuis le 29 mars 2024, dans une activité adaptée à son état de santé. Dans une telle activité, les limitations fonctionnelles suivantes doivent être respectées : pas de port répété de charges supérieures à 10 kg ni de port de charges uniques supérieures à 15 kg ; pas de travail en porte-à-faux du tronc ; pas de mouvements extrêmes ou répétitifs du tronc (flexion/extension, flexion latérale et rotation) ; pas de station debout statique prolongée ; pas de conduite de véhicules professionnels, d'utilisation de machines dangereuses ni de travail en hauteur aussi longtemps que l'assuré prend des opiacés ou des myorelaxants. Au terme de la comparaison des revenus, l'intimé a fixé le préjudice économique à 17,04 %. Il en a conclu que ce taux d'invalidité n'ouvrait aucun droit à des mesures professionnelles, ni à une rente (p. 928 ss).

F. Par courrier du 23 septembre 2025, le recourant s'est déterminé dans le cadre de son droit d'être entendu. Il indique que le refus de rente n'est pas contestable. Il sollicite en revanche l'octroi d'une aide au placement. Il fait valoir son âge, son parcours professionnel de 35 ans dans la même branche, son absence de connaissances en informatique et sa scolarité en langue V1._____, estimant que ces éléments, ainsi que ses limitations fonctionnelles, rendent difficile l'identification d'une activité adaptée (p. 955).

G. Le recourant, dûment convoqué à un entretien auprès de l'intimé le 10 octobre 2025, ne s'y est pas présenté (p. 958). L'intimé a dès lors clôturé le mandat relatif à la réadaptation professionnelle (cf. p. 960).

H. Par décision du 28 octobre 2025, l'intimé a refusé au recourant le droit à une rente d'invalidité ainsi qu'à une aide au placement, considérant que les conditions requises pour l'octroi de cette dernière n'étaient pas remplies (p. 961 ss).

I. Par courrier du 6 novembre 2025 adressé à l'intimé, le recourant a exposé que, faisant suite à sa convocation à un entretien fixé au 10 octobre 2025, il avait préalablement contacté téléphoniquement l'intimé afin d'obtenir des renseignements complémentaires sur les documents à apporter. Selon ses explications, son interlocuteur lui aurait alors indiqué que son taux d'invalidité était inférieur à 20 %, qu'il n'avait droit à aucune prestation et que son dossier était clos, raison pour laquelle il ne s'était pas présenté à l'entretien.

Il a relevé que cet échange téléphonique ne figurait pas au dossier et a sollicité l'annulation de la décision ainsi qu'une nouvelle convocation à un entretien (p. 973 ss).

J. Par courrier du 10 novembre 2025, l'intimé a informé le recourant que l'entretien fixé au 10 octobre 2025 avait principalement pour objet de lui communiquer que les conditions d'octroi de l'aide au placement n'étaient pas remplies. Il a précisé que l'absence du recourant à cet entretien était sans incidence sur la décision rendue, laquelle n'était dès lors pas annulée (p. 975).

K. Le 27 novembre 2025, le recourant a interjeté recours contre la décision du 28 octobre 2025, concluant à son annulation et au versement des prestations légales. Subsidiairement, il a conclu au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et, plus subsidiairement encore, à l'octroi d'une aide au placement. Il a en outre sollicité le bénéfice de l'assistance judiciaire.

En substance, le recourant reproche à l'intimé de ne pas avoir suffisamment instruit son dossier. Il soutient que celui-ci aurait dû se fonder sur d'autres évaluations médicales ou mettre en œuvre une expertise. Il conteste par ailleurs la valeur probante de l'avis médical sur lequel repose la décision litigieuse.

L. Par mémoire de réponse du 13 mars 2026, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il a en outre requis que les frais judiciaires soient mis à la charge du recourant et qu'aucun dépens ne lui soient alloués.

L'intimé soutient, en substance, que sa décision repose sur l'avis de la médecin du SMR, laquelle a procédé à une appréciation de l'ensemble des pièces médicales au dossier, notamment de l'avis de la médecin de la CNA. Selon lui, cet avis revêt une pleine valeur probante, dès lors qu'il est complet, cohérent et convaincant.

M. Dans leurs écritures des 21 avril et 5 mai 2026, les parties ont confirmé leurs conclusions respectives.

N. Il sera revenu ci-après, en tant que besoin, sur les autres éléments du dossier.

<u>En droit</u> :

1. Interjeté dans les formes 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 des prestations de l'assurance-invalidité. Il s'agit en particulier de déterminer si l'avis médical sur lequel l'intimé s'est fondé pour nier le droit à une rente d'invalidité revêt une pleine valeur probante et, partant, si le refus d'octroyer une telle rente est justifié. Est également litigieux le refus d'une aide au placement.

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 ainsi 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 127 V 294 ; 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.

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).

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 (ci-après : 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 (ci-après : RI) et le revenu des personnes en bonne santé (ci-après : RS). Il s'obtient en utilisant la formule suivante : [(RS-RI) x 100] / RS = x % (ch. 3500ss CIRAI). 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.

5.1 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 ; TFA 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).

Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (TF 9C_72/2022 du 14 novembre 2022 consid. 5.2.3 ; 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références). Les experts ne peuvent en effet s'exprimer que dans le cadre de leurs compétences professionnelles respectives (HAAB/ MÖSCH PAYOT, *Das medizinische Gutachten, insb. Im IV-Verfahren – eine Prüfsystem für die Praxis der Rechts – und Sozialberatung*, in Jusletter du 16 février 2026, § 19).

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 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 ; TF 8C_13/2022 du 29 septembre 2022 consid. 3.1.2).

En ce qui concerne l'évaluation médicale effectuée par un SMR au sens de l'art. 54a LAI, en corrélation avec l'art. 49 al. 2 RAI, qui est établie sans que le médecin n'examine l'assuré, elle ne contient aucune observation clinique. Un tel avis a ainsi seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical (ATF 142 V 58 consid. 5.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; TF 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

5.2 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 9C_573/2010 du 8 août 2011 consid. 4.1).

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 151 V 280 consid. 3.3.1 ; 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. En l'occurrence, pour refuser au recourant le droit à toute prestation de l'assurance-invalidité, l'intimé s'est fondé sur le rapport médical du 8 avril 2025 du médecin de la E._____, le recourant ayant séjourné du 11 février au 19 mars 2025 à la E._____, ainsi que sur l'avis du 10 juillet 2025 de la médecin du SMR (cf. p. 920

ss). Celle-ci procédé à une appréciation des pièces médicales figurant au dossier, en particulier l'appréciation médicale du 3 juillet 2025 de la médecin de la CNA (cf. p. 911 ss), dont elle a fait siennes les conclusions (p. 843 ss).

Le recourant reproche à l'intimé de s'être fondé sur l'appréciation médicale établie par la médecin de la CNA, à laquelle il dénie toute valeur probante. Il fait grief à cette médecin d'avoir retenu, sans motivation suffisante et sans procéder à des investigations complémentaires, qu'il était en mesure d'exercer à 100 % une activité adaptée. Il relève à cet égard que le rapport du 8 avril 2025 de la E._____, lui ayant précédé de quelques mois, préconisait pourtant une réévaluation de sa situation. Il soutient en outre que la médecin de la CNA, spécialisée en médecine interne, ne disposerait pas des qualifications nécessaires pour apprécier adéquatement ses atteintes dorsales. Il estime dès lors que des investigations médicales complémentaires, plus approfondies et détaillées, auraient dû être effectuées afin de déterminer sa capacité de travail dans une activité adaptée.

7. Il convient d'examiner la valeur probante de l'appréciation médicale du 3 juillet 2025 de la médecin de la CNA, sur laquelle l'intimé s'est fondé et à laquelle une pleine valeur probante doit être reconnue.

7.1 La Cour constate que cette appréciation médicale remplit les réquisits jurisprudentiels en la matière permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante formelle. En effet, la médecin de la CNA s'est prononcée en pleine connaissance du dossier. Elle a pris en considération les différents éléments médicaux qui y figuraient, dont elle a résumé le contenu essentiel (p. 1-4 de l'appréciation médicale, p. 911-913 « Faits pertinents selon les pièces du dossier »). Elle disposait également des examens médicaux réalisés par les médecins du recourant (p. 4-5 de l'appréciation médicale, p. 914-915 « Documentation radiologique »).

Contrairement à ce que soutient le recourant, le seul fait que l'auteure de l'appréciation médicale soit spécialisée en médecine interne générale et en médecine intensive ne suffit pas à lui dénier les compétences nécessaires pour se prononcer sur sa situation. La médecin doit certes, selon la jurisprudence précitée, disposer de la formation spécialisée et des compétences professionnelles nécessaires dans le domaine d'investigation concernée. Ces exigences doivent toutefois être appréciées au regard des questions médicales concrètement soumises à son examen. En l'espèce, la médecin de la CNA n'a pas été appelée à se prononcer sur le diagnostic rachidien, ni sur l'indication ou les suites du traitement chirurgical. Son appréciation portait sur les séquelles fonctionnelles d'une lésion diagnostiquée et traitée par les spécialistes de l'Hôpital D._____, dont elle a pris en compte le suivi. Son appréciation porte ainsi essentiellement sur les conséquences fonctionnelles de l'atteinte et sur la capacité de travail résiduelle. Le recourant n'établit au demeurant pas en quoi les questions ainsi examinées auraient excédé les compétences professionnelles de la médecin de la CNA ou auraient nécessité, au regard des éléments médicaux figurant au dossier, l'intervention d'un spécialiste d'une autre discipline.

Enfin, bien que le recourant ne l'ait pas soulevé, la Cour relève que la médecin de la CNA n'a pas procédé à un examen personnel de celui-ci. Cet élément ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante de son appréciation. Le dossier comportait notamment le rapport de sortie de la E._____, qui comprend une évaluation fonctionnelle détaillée, ainsi que les éléments du suivi spécialisé, de sorte que c'est sur la base d'un dossier médical devant être qualifié d'abouti que la médecin de la CNA s'est prononcée. La médecin de la CNA disposait ainsi de constatations médicales et fonctionnelles suffisantes pour apprécier les limitations résultant des séquelles accidentelles.

7.2 Sur le plan matériel, l'appréciation litigieuse tient compte des douleurs persistantes du recourant, de leur caractère permanent et de leur majoration en fonction des activités et des positions statiques. Elle en déduit des limitations fonctionnelles précises, notamment en ce qui concerne le port de charges, les mouvements du tronc, les positions en porte-à-faux et les positions statiques prolongées (p. 6 de l'appréciation médicale, p. 916). Ces limitations rejoignent celles retenues par le médecin de la E._____ (p. 5 du rapport, p. 843 ss). Celui-ci avait certes constaté des douleurs interscapulaires permanentes, pouvant atteindre 8/10 lors du travail, ainsi que des douleurs lombaires dans certaines positions. Il avait toutefois également relevé une évolution subjective et objective favorable, une bonne cohérence lors de l'évaluation fonctionnelle et la capacité du recourant à effectuer des activités d'un niveau d'effort moyen pendant des périodes allant jusqu'à trois heures consécutives. Il avait en outre constaté une amélioration de l'endurance dans les positions de travail.

Le recourant se prévaut de la mention selon laquelle sa capacité de travail devait être « réévaluée ». Il ne saurait toutefois en déduire que le médecin de la E._____ avait retenu une incapacité durable de 50 %. La capacité de 50 % fixée du 20 mars au 20 avril 2025 concernait l'activité habituelle d'installateur sanitaire et devait ensuite être réévaluée (cf. p. 846). Le médecin de la E._____ qualifiait par ailleurs les limitations fonctionnelles de provisoires, envisageait une augmentation progressive de la capacité de travail et considérait le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité comme plutôt favorable à terme. Dans ces conditions, la conclusion de la médecin de la CNA, selon laquelle le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée n'est pas contredite par le rapport du médecin de la E._____. La capacité de travail de 50 % retenue par ce dernier concernait en effet l'activité habituelle, laquelle impliquait précisément certaines des contraintes physiques exclues par les limitations fonctionnelles retenues dans l'activité adaptée.

Si tous les rapports médicaux au dossier font état d'une capacité de travail diminuée dans l'activité habituelle, ce qu'admet l'intimé, aucun des médecins traitants consultés ne rapporte une capacité de travail réduite dans une activité adaptée. Il en va ainsi en particulier des conclusions du médecin de la E._____.

7.3 Au vu de ces éléments, l'appréciation litigieuse revêt une valeur probante suffisante, tant sur le plan formel que matériel. Il peut dès lors être retenu que l'état de santé du recourant était stabilisé et que celui-ci disposait, dès le 3 juillet 2025, d'une pleine

capacité de travail et de rendement dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles retenues.

Cette conclusion est confirmée par l'avis du 10 juillet 2025 de la médecin du SMR. Après examen des éléments médicaux au dossier, celle-ci n'a relevé aucun motif médical justifiant de s'écarter de l'appréciation de la médecin de la CNA et a retenu, à son tour, une pleine capacité de travail et de rendement dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles retenues. Aucun élément médical au dossier ne permet de remettre en cause cette appréciation.

8.

8.1 Le recourant soutient que l'intimé ne pouvait pas statuer sans procéder à une expertise médicale complémentaire et à une évaluation des possibilités de réadaptation professionnelle.

8.2 Comme exposé ci-dessus, l'appréciation de la médecin de la CNA repose sur un dossier suffisamment complet et revêt une valeur probante suffisante. Le rapport du médecin de la E._____, auquel se réfère le recourant, ne remet pas en cause cette appréciation. S'il retient une capacité de travail de 50 % à compter du 20 mars 2025, celle-ci concerne l'activité habituelle d'installateur sanitaire et était expressément limitée au 20 avril 2025, avec une réévaluation ultérieure. Le médecin envisageait en outre une augmentation progressive de la capacité de travail et qualifiait les limitations fonctionnelles de provisoires. Il ne retenait ainsi pas une capacité de travail durablement réduite dans une activité adaptée.

Les constatations fonctionnelles du médecin de la E._____ ne commandent pas davantage une nouvelle évaluation. Le recourant a été en mesure d'effectuer des activités d'un niveau d'effort moyen pendant des périodes allant jusqu'à trois heures consécutives. L'évaluation a fait ressortir un niveau de cohérence élevé et une volonté réelle de fournir le maximum de ses capacités. L'endurance dans les positions de travail s'était améliorée et le maintien des positions assise et debout statiques avait été réalisé sans difficulté (p. 846). Ces éléments sont compatibles avec la conclusion ultérieure d'une capacité entière dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles retenues.

Le recourant reproche encore à la médecin de la CNA de ne pas avoir indiqué concrètement les activités professionnelles pouvant être exercées. Ce grief n'impose pas davantage un complément d'instruction médicale. Les limitations fonctionnelles ont été définies et permettent de déterminer les exigences auxquelles doit répondre une activité adaptée. La question de savoir dans quelle mesure une telle capacité peut concrètement être mise en valeur sur le marché du travail relève de l'appréciation des possibilités de réadaptation et de gain et ne nécessite pas, en tant que telle, une nouvelle expertise médicale.

Enfin, le recourant ne produit aucun avis médical suffisamment motivé qui retiendrait, postérieurement à la E._____, une capacité inférieure à 100 % dans une activité

adaptée ou une diminution de rendement liée aux séquelles accidentelles. La persistance des douleurs, déjà prise en compte dans l'appréciation médicale et dans les limitations fonctionnelles retenues, ne suffit pas à faire naître un doute sérieux sur la capacité résiduelle constatée.

8.3 Dans ces circonstances, il n'existe pas de contradiction médicale suffisamment importante entre les éléments du dossier qui imposeraient de procéder à une expertise indépendante ou à une nouvelle évaluation fonctionnelle. L'intimé pouvait dès lors statuer sur la base des éléments médicaux dont il disposait, sans procéder à des investigations complémentaires. Le grief tiré de l'insuffisance de l'instruction doit par conséquent être écarté.

9. Au vu de ce qui précède, il peut être retenu que le recourant dispose d'une pleine capacité de travail et de rendement dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles retenues.

Le recourant ne critique pas les revenus retenus par l'intimé dans le cadre du calcul de son taux d'invalidité, quand bien même il conteste le principe du refus d'une rente d'invalidité. Le taux d'invalidité de 17 % retenu par l'intimé, respectivement le calcul opéré par l'intimé, ne prête toutefois pas le flanc à la critique et peut être confirmé.

10. Dans sa conclusion très subsidiaire, le recourant sollicite l'octroi d'une aide au placement, sans toutefois motiver cette conclusion dans son mémoire de recours. Il ressort néanmoins de sa détermination du 23 septembre 2025, produite dans le cadre de l'exercice de son droit d'être entendu devant l'intimé, qu'il estimait ne pas disposer de perspectives professionnelles en raison notamment de son âge (50 ans), du fait qu'il avait travaillé durant 35 ans dans la même branche, de son absence de connaissances en informatique et de sa scolarité effectuée en langue V1._____. Pour ces motifs, il sollicitait l'octroi d'une aide au placement avec effet immédiat (p. 955).

10.1 Aux termes de l'art. 18 LAI, l'assuré en incapacité de travail (art. 6 LPGA) et susceptible d'être réadapté a droit à un soutien pour rechercher un emploi approprié ou, s'il en a déjà un, pour le conserver.

Selon la jurisprudence, l'aide au placement constitue une mesure de réadaptation professionnelle destinée à soutenir l'assuré dans la recherche ou la conservation d'un emploi sur le marché primaire du travail. Pour ouvrir un droit à une telle mesure, l'assuré doit notamment être susceptible d'être réadapté et satisfaire aux exigences d'un emploi adapté aux limitations découlant de son état de santé (ATF 151 II 277 consid. 5.5). En présence d'une capacité de travail résiduelle entière pour des travaux légers (comme tel est le cas en l'espèce), la jurisprudence considère qu'une aide au placement est indiquée au cas où des atteintes psychiatriques importantes ou un isolement social débutant créent des problèmes pour la recherche d'emploi (TF 8C_641/2015 du 12 janvier 2016 consid. 2 et 3 ; 9C_416/2009 du 1er mars 2010 consid. 5.2). L'aide au placement entre en considération lorsque l'assuré rencontre,

en raison de son état de santé, des difficultés dans la recherche d'un emploi approprié. Il doit ainsi exister un lien de causalité entre l'atteinte à la santé et la nécessité d'une aide au placement (ATF 116 V 80 consid. 6a). En revanche, les difficultés étrangères à l'invalidité ne permettent pas, à elles seules, de fonder un tel droit. Selon le ch. 1805 de la Circulaire sur les mesures de réadaptation professionnelle de l'AI (ci-après : CMRPr, valable dès le 1er janvier 2022, état au 1er juillet 2025), des causes non liées à la santé, comme l'âge, le fait de parler une langue étrangère, le manque de connaissances professionnelles ou la conjoncture économique, ne donnent par contre pas droit au placement au sens de l'art. 18 LAI.

10.2 En l'occurrence, le recourant ne prétend pas que son état de santé constituerait un obstacle à la recherche d'un emploi approprié ou qu'il rencontrerait, en raison de son atteinte à la santé, des difficultés particulières dans ses démarches de recherche d'emploi. Il ne fait notamment valoir aucune limitation fonctionnelle, exigence particulière concernant un poste de travail ou difficulté dans ses relations avec de potentiels employeurs qui serait imputable à son état de santé.

Au contraire, il ressort de son courrier du 23 septembre 2025 que sa demande d'aide au placement était motivée par son âge, le fait d'avoir exercé durant 35 ans une activité dans la même branche, son absence de connaissances en informatique ainsi que sa scolarité effectuée en langue V1._____. Ces circonstances, qui sont étrangères à l'invalidité, ne permettent pas de retenir l'existence du lien requis entre l'état de santé et la nécessité d'une aide au placement.

Le recourant ne faisant par ailleurs valoir, ni dans le cadre de la procédure administrative ni dans son mémoire de recours, aucun autre élément susceptible d'établir que ses difficultés dans la recherche d'un emploi seraient liées à son état de santé, les conditions de l'art. 18 LAI ne sont pas réunies.

10.3 Il s'ensuit que le refus de l'aide au placement prononcé par l'intimé ne prête pas le flanc à la critique et doit être confirmé.

11. Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

12. Le recourant sollicite le bénéfice de l'assistance judiciaire pour la présente procédure de recours.

12.1 Conformément à l'art. 29 al. 3 Cst., toute personne qui ne dispose pas de ressources suffisantes a droit, à moins que sa cause paraisse dépourvue de toute chance de succès, à l'assistance judiciaire gratuite. Elle a en outre droit à l'assistance gratuite d'un défenseur dans la mesure où la sauvegarde de ses droits le requiert. L'art. 61 let. f LPGA concrétise cette disposition constitutionnelle pour les procédures de recours relevant des art. 56 ss LPGA. L'assistance judiciaire comprend la dispense de verser une avance de frais ainsi que celle d'acquitter les frais de justice en fin de procédure. Elle comprend également l'assistance d'un avocat d'office si celle-ci est nécessaire. Les conditions donnant droit à l'assistance judiciaire sont fixées par le

droit fédéral, mais le droit cantonal peut admettre ce droit à des conditions plus favorables (MÉTRAL, *Commentaire romand – Loi sur la partie générale des assurances sociales*, 2025, N 82 ad art. 61 LPGA). En procédure administrative jurassienne, le droit à l'assistance judicaire est régi par l'art. 18 Cpa ; toutefois, dans la mesure où le droit cantonal ne prévoit pas d'accorder l'assistance judiciaire gratuite à des conditions moins strictes que celles prérappelées, il y a lieu de se référer aux principes posés par la jurisprudence du Tribunal fédéral dans le cadre des garanties déduites de la Constitution fédérale (ATF 130 I 180 consid. 2.1).

12.2 En l'occurrence, le recourant avait, dans le cadre de son droit d'être entendu, expressément indiqué que le refus de rente n'était pas contestable, son argumentation portant exclusivement sur l'aide au placement. Ce n'est que dans son recours qu'il a contesté le refus de rente, sans toutefois produire de rapport médical ni faire faire valoir d'élément propre à remettre en cause l'appréciation de l'intimé. Dans ces circonstances, le recours ne présentait pas de chances de succès suffisantes.

Partant, faute de chances de succès suffisantes du recours, la requête d'assistance judiciaire doit être rejetée, sans qu'il soit nécessaire d'examiner la condition de l'indigence.

13. Les frais de la procédure doivent être mis à la charge du recourant qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 219 al. 1 Cpa). Il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA).

PAR CES MOTIFS, LA COUR DES ASSURANCES ARRÊTE :

1. Le recours ainsi que la requête d'assistance judiciaire sont rejetés.
2. Les frais judiciaires sont mis, par CHF 735.-, à la charge du recourant.
3. Il n'est pas alloué de dépens.
4. Les parties sont informées des voie et délai de recours selon avis ci-après.
5. Le présent arrêt est notifié :
- au recourant, par sa mandataire, Me Laurie Roth, avocate à Delémont ;
- 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 7 octobre 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).*