RÉPUBLIQUE ET CANTON DU JURA

TRIBUNAL CANTONAL

COUR DES ASSURANCES

AI 2025 84

Présidente : Anne-Françoise Boillat
Juges : Carine Guenat et Mathieu Ourny
Greffière e.o. : Océane Migliore

ARRÊT DU 2 NOVEMBRE 2026

en la cause liée entre

A._____,
- représenté par Me Jacy Pillonel, avocate à Fribourg,

recourant,

et

Office de l'assurance-invalidité du canton du Jura, rue Bel-Air 3, 2350 Saignelégier,

intimé,

relative à la décision de l'intimé du 12 juin 2025 (N° AVS : xxx._____).

_____

CONSIDÉRANT

En fait :

A.

A.1 A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1970, a travaillé comme logisticien à B._____ (ci-après : B._____) à partir de novembre 1989. Le 2 février 2021, il a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton du Jura (ci-après : l'office AI ou l'intimé), en indiquant se trouver en incapacité totale de travail depuis le 29 août 2020 en raison d'un burnout (p. 27 ss ; les pages citées ci-après sans autre indication renvoient au dossier produit par l'intimé sur support numérique, au format PDF).

A.2 Par décision du 17 septembre 2021, l'office AI a rejeté cette demande de prestations, motif pris que l'assuré avait retrouvé une pleine capacité de travail dès le 14 juin 2021 et que, préalablement à cette date, la durée de son incapacité de travail s'était

étendue sur une période inférieure à une année, durée insuffisante à l'octroi d'une rente AI (p. 94).

B.

B.1 Le 3 août 2023, l'assuré a formulé une nouvelle demande de prestations auprès de l'office AI en raison de maux de tête et de problèmes à un genou, ces derniers ayant nécessité une opération en décembre 2022 (pose d'une prothèse mono-compartimentale interne du genou gauche). L'office AI a instruit la cause auprès des médecins suivant l'assuré.

B.2 Dans un rapport du 7 août 2023 (p. 262 ss), le médecin traitant de l'assuré, spécialiste en médecine interne générale, a attesté une incapacité totale de travail depuis le 31 mai 2023. Il posait les diagnostics de céphalées chroniques sur méningite chimique sans troubles neurologiques ayant une incidence sur la capacité de travail et ceux de troubles de la concentration, d'hypertension artérielle, d'épilepsie et de neurofibromatose, pathologies considérées comme sans incidence sur la capacité de travail. Il faisait état, au titre de limitations fonctionnelles, de troubles de la concentration et d'une inaptitude provisoire à la conduite de véhicules en raison d'un changement du traitement contre l'épilepsie, précisant toutefois qu'une reprise du travail paraissait envisageable d'ici septembre 2023.

B.3 Le 18 août 2023, l'office AI a fait savoir à l'assuré qu'actuellement, aucune mesure de réadaptation professionnelle n'était possible en raison de son état de santé (p. 281).

B.4 Le neurologue traitant a rendu un premier rapport le 15 août 2023 (p. 292). Il a diagnostiqué une épilepsie, en mentionnant une dernière crise généralisée en 1996 ainsi que deux épisodes « d'absences » en 2017/2018 (notions de crises focales dyscognitives avec généralisation secondaire). Il a également fait état, notamment, d'une neurofibromatose de type 1, de méningiomes en frontal gauche, d'une probable neuropathie ulnaire gauche irritative et de céphalées de tension épisodiques, ces affections ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré. Il signalait que les céphalées entraînaient une baisse de l'attention et de l'endurance, et l'épilepsie une diminution de la productivité ainsi qu'une inaptitude à la conduite et aux activités à risque (se déplacer en hauteur et utiliser des machines dangereuses). La capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle était nulle.

Le spécialiste en neurologie a établi d'autres rapports médicaux les 9 octobre 2023 (p. 348), 27 octobre 2023 (p. 351), 3 janvier 2024 (p. 354), 3 avril 2024 (p. 385), 9 juillet 2024 (p. 471) et 26 août 2024 (p. 490), en rapportant une situation globalement inchangée. Les céphalées, apparues début 2023, consistaient en des hémicrânies frontales gauches chroniques, qui perduraient malgré les différents traitements médicamenteux mis en place. L'assuré se plaignait en outre de photophobie et de sonophobie. S'agissant de l'épilepsie, qui faisait également l'objet d'une médication, l'assuré présentait toujours des manifestations dyscognitives évocatrices de crises focales, qui survenaient une à trois fois par semaine en moyenne, duraient 20 à 30 secondes et étaient caractérisées par une perte d'expression du visage, une

tendance à la palilalie, mais une capacité à poursuivre les activités en cours. Ces crises focales, pharmaco-résistantes, pouvaient peut-être être mises en lien avec les lésions méningiomateuses. Le neurologue traitant a par ailleurs fait état d'un syndrome sévère des apnées obstructives du sommeil et d'un trouble dépressif.

B.5 Un psychologue spécialisé en neuropsychologie a procédé à une évaluation psychologique de l'assuré. Dans un rapport du 18 octobre 2024 (p. 558), il a constaté que le tableau symptomatologique évoquait un dysfonctionnement cérébral peu spécifique, à prédominance frontale gauche, de sévérité légère à moyenne, voire moyenne. Ce dysfonctionnement était compatible avec la localisation des méningiomes et pouvait être associé à un bon nombre, si ce n'est à la totalité, des autres diagnostics principaux. Il pouvait être accentué par des facteurs thymiques.

B.6 Dans un nouveau rapport du 10 décembre 2024 (p. 585), le neurologue traitant a ajouté à la liste des diagnostics (cf. consid. B.4) un trouble neurocognitif léger à moyen. Relevant, sur le plan épileptique et des céphalées, une forme d'impasse thérapeutique, il estimait qu'au plan professionnel, le seul objectif clair et réaliste consistait en l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

B.7 Sur conseil de son Service médical régional (SMR), l'office AI a confié une expertise pluridisciplinaire (en psychiatrie et neurologie, avec un volet neuropsychologique) à D._____, qui a rendu son rapport le 3 janvier 2025 (p. 597).

Dans leur évaluation consensuelle, les experts ont retenu, sur le plan somatique, les diagnostics de céphalées chroniques dites de tension (G44.2), une épilepsie focale avec ou sans généralisation secondaire (G40.1), des méningiomes de la faux cérébrale antérieure et au niveau frontal gauche (D32.0) et une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) (p. 600). Sur le plan psychiatrique, aucun trouble psychiatrique ou de la personnalité n'a été mis en évidence.

Les experts ont indiqué que l'assuré avait présenté des crises d'épilepsie généralisées depuis l'âge de 24 ans. Ces crises, sous traitement depuis 1998, n'étaient toutefois plus symptomatiques. Les épisodes d'absence décrits par l'assuré étaient réfractaires aux traitements, mais ne le gênaient pas au quotidien, selon ses déclarations. Les céphalées unilatérales gauches qu'il présentait depuis début 2023, également réfractaires aux traitements, ne nécessitaient la prise d'antalgiques simples que de manière occasionnelle. Il était peu probable que les méningiomes (tumeurs bénignes), présents depuis au moins 2013, soient à l'origine des céphalées chroniques. Les experts ont par ailleurs fait remarquer que l'aspect extérieur de l'assuré ne correspondait pas à une neurofibromatose de type 1. Quand bien même aucun examen dermatologique n'avait été effectué à l'occasion de l'expertise, on pouvait relever l'absence des stigmates typiques, l'assuré présentant plutôt de nombreux fibromes sous-cutanés. La neuropathie ulnaire gauche irritative retenue par le neurologue traitant n'était pas retrouvée, ni sur le plan de l'anamnèse ni à l'examen clinique. L'examen neuropsychologique, validé par les experts en

neurologie et en psychiatrie, avait mis en évidence le fait que les crises d'épilepsie et les méningiomes étaient présents depuis de nombreuses années et n'avaient pas évolué selon les examens récents. Dans ce contexte, il n'y avait pas de raison de penser que des troubles cognitifs nouveaux pourraient avoir un impact sur les capacités professionnelles de l'assuré – ce qu'il confirmait lui-même –, de surcroît dans l'activité simple et routinière qu'il exerçait. Les maux de tête pouvaient, de manière indirecte, impacter les capacités cognitives, en lien avec les difficultés de concentration provoquées par les douleurs. Cela ne pouvait toutefois pas être quantifié, compte tenu du manque d'effort et des nombreuses incohérences quant à l'expression des douleurs.

Concernant l'évaluation de la cohérence et de la plausibilité des plaintes de l'assuré, les experts ont souligné que de nombreuses incohérences avaient été rapportées par les experts en neurologie et en neuropsychologie. S'agissant des maux de tête, une hyper focalisation avait été constatée, avec des incohérences et une confusion entre ce qui était dit par l'assuré et ce qui était mentionné dans le dossier médical. Les experts opposaient, à titre d'exemple, la multiplication des consultations médicales, jusqu'au niveau universitaire, à la banalité et à l'intensité peu importante du traitement antalgique, dont l'assuré ne se rappelait même pas le nom. En outre, ses troubles ne l'empêchaient pas d'accomplir les activités de la vie quotidienne, des activités sociales et des voyages réguliers à l'étranger, ni de dormir. On pouvait encore relever une incohérence entre l'intensité des douleurs qu'il signalait lors de l'entretien et son comportement à l'aise. L'expert en neuropsychologie a relevé des signes de théâtralisation. Aussi, l'assuré se tenait la tête du côté droit, alors qu'il disait avoir des douleurs à gauche. Il demandait d'éteindre la lumière justement au moment où il voulait parler de ses difficultés à travailler sous la lumière. Selon l'expert en neurologie, il n'y avait pas d'explication plausible à la survenue de céphalées primaires chroniques à l'âge de 52 ans, lesquelles ne satisfaisaient pas aux critères d'un nouveau mal de tête quotidien ni à ceux de céphalées par abus médicamenteux. Les résultats des tests de validation des performances (TOMM et Rey) étaient en-dessous des scores admis pour attester un profil de réponse valide. L'assuré présentait des capacités conservées concernant la gestion de son quotidien. Il était capable de gérer son administration et faire ses paiements en ligne. Il ne conduisait pas en raison des crises d'épilepsie. Sa fille s'occupait du ménage. Ses ressources familiales et sociales étaient intactes. Il était capable d'aller en W1._____ faire des courses avec sa fille et d'aller en W2._____ en voyage.

Compte tenu des crises dyscognitives et des limitations fonctionnelles d'ordre neurologique qui en découlaient, les experts ont retenu que les activités suivantes n'étaient pas exigibles : les activités présentant un risque de blessure élevé (par exemple par des pièces tournantes et non protégées, par des tensions ou du matériel infectieux) ; la conduite automobile; les activités nécessitant de la concentration, de la réactivité, de la flexibilité et/ou de la rapidité; les activités de contrôle et de surveillance ; les activités avec obligation de surveillance; le travail de nuit ou les systèmes de travail posté qui nécessitent une privation de sommeil ou une perturbation importante du cycle du sommeil et de la veille ; les activités avec des

appareils de protection respiratoire ; les activités au froid (par exemple dans un entrepôt frigorifique ou une installation de congélation) ; les activités sur l'eau et la natation. En revanche, les céphalées n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail.

De l'avis des experts, l'assuré disposait toutefois d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle de logisticien à B._____. Sa capacité de travail était également entière dans toute autre activité également adaptée à ses limitations fonctionnelles. Ils notaient, enfin, que s'agissant des crises focales, un second avis avait été demandé aux Hôpitaux universitaires de U3._____ (C._____) par le neurologue traitant.

B.8 Selon un rapport du 10 janvier 2025 de l'Universitätsspital U1._____ (p. 658), qui thématisait notamment les différentes options thérapeutiques pour soigner les crises focales dues à l'épilepsie, une intervention chirurgicale était envisageable. L'assuré, dont les céphalées étaient moins intenses, était prêt à se soumettre à un examen pré-chirurgical aux C._____.

C. Le 15 janvier 2025, l'office AI a fait parvenir à l'assuré un projet de décision niant son droit à des prestations au motif qu'il ne souffrait pas d'une atteinte à la santé incapacitante durable (p. 639). Il indiquait que selon l'appréciation des experts de D._____, l'assuré jouissait en effet d'une pleine capacité de travail, hormis entre le 8 décembre 2022 et le 3 mai 2023 (100% d'incapacité) et entre le 4 mai et le 4 juin 2023 (50%).

D. Le 18 février 2025, l'assuré s'est déterminé sur le projet de décision de l'office AI. Contestant l'appréciation des experts de D._____, il leur a opposé notamment celle de ses médecins traitants attestant une incapacité de travail (p. 664).

Ainsi, dans un rapport du 31 mars 2025 (p. 672), un médecin des C._____ relevait que l'épilepsie pharmaco-résistante dont souffrait l'assuré semblait indépendante de ses céphalées. Une hospitalisation d'une douzaine de jours était prévue dès le 31 mars 2025. Une évaluation pré-chirurgicale de l'épilepsie serait effectuée.

Selon le rapport de sortie des C._____ du 7 mai 2025 (rédigé près d'un mois après la fin du séjour stationnaire du recourant en milieu hospitalier [9 avril 2025], p. 679 ss), les investigations menées durant l'hospitalisation de l'assuré avaient mis en évidence une épilepsie focale à départ temporal gauche, dont l'origine était probablement structurelle en présence d'une sclérose hippocampique. Le dossier de l'assuré devait être présenté au colloque pluridisciplinaire des C._____ afin de préciser l'indication chirurgicale.

E. Le 5 juin 2025, une médecin du SMR a indiqué que concernant l'atteinte au genou, l'assuré avait recouvré une capacité totale de travail le 5 juin 2023. S'agissant des troubles épileptiques, elle a estimé que les nouveaux rapports de l'Universitätsspital U1._____ et des C._____ décrivaient une situation globalement stationnaire

par rapport à celle qui prévalait lors de l'expertise. Il n'y avait pas de nouveau diagnostic. Par ailleurs, l'indication à une prise en charge chirurgicale devait encore être discutée. Il n'y avait pas d'éléments nouveaux ou d'aggravation durable remettant en cause l'évaluation des experts. Si une opération devait être décidée par la suite, elle pourrait entraîner une incapacité de travail temporaire durant la période de convalescence, mais rien n'indiquait, en l'état, que l'indication opératoire serait retenue ou que l'incapacité de travail devrait se prolonger (p. 686 ss).

F. Par décision du 12 juin 2025, l'office AI a confirmé son projet de décision du 15 janvier précédent et rejeté la demande de prestations de l'assuré (p. 692).

G. Le 11 juillet 2025, l'assuré a interjeté un recours contre la décision du 12 juin 2025 auprès de la Cour des assurances du Tribunal cantonal du canton du Jura, en concluant à sa réforme en ce sens qu'une rente d'invalidité, subsidiairement des mesures professionnelles, lui soient octroyées. À titre encore plus subsidiaire, il a conclu à l'annulation de la décision entreprise et au renvoi de la cause à l'office AI pour complément d'instruction et nouvelle décision.

Le recourant a joint à son recours un rapport opératoire et une « lettre de transfert des soins aigus » des C._____ établis les 19 juin et 8 juillet 2025. Selon ces pièces médicales, le recourant avait subi, le 16 juin 2025, une « craniotomie pour chirurgie de l'épilepsie, résection temporale gauche ». L'intervention s'était déroulée sans complication. L'évolution post-opératoire avait été favorable, le patient présentant toutefois, le 18 juin 2025, une aphasie de production et une faiblesse fluctuante de l'hémicorps gauche. Une IRM (Imagerie par Résonance Magnétique) réalisée le 18 juin 2025 avait mis en évidence une lésion ischémique aiguë située en arrière de la cavité de résection, s'étendant à la partie inférieure et moyenne du lobe temporal gauche. L'EEG (électroencéphalogramme) du même jour avait montré un ralentissement hémisphérique gauche sans foyer irritatif, avec un tracé globalement compatible avec une encéphalopathie légère. Les médecins des C._____ ont noté avoir observé, ensuite, une amélioration partielle, avec un manque du mot léger, sans aphasie franche, ainsi que des troubles neuropsychologiques incluant un déficit de la mémoire épisodique et des capacités langagières. Ils ont précisé que compte tenu des troubles de l'équilibre et des déficits neuropsychologiques, une rééducation stationnaire était indiquée. Le recourant a été transféré à l'Hôpital de U2._____ le 30 juin 2025.

H. L'intimé a conclu au rejet du recours par mémoire de réponse du 8 octobre 2025. Le recourant a répliqué le 15 décembre 2025 et l'intimé a dupliqué le 5 janvier 2026, les parties maintenant leurs conclusions.

I. Le recourant a ensuite produit deux nouvelles pièces, à savoir un rapport des C._____ du 16 octobre 2025, selon lequel une analyse génétique confirmait le diagnostic de neurofibromatose de type 1, ainsi qu'une attestation des C._____ du 26 novembre 2025. Selon cette attestation, la capacité de travail du recourant était altérée en raison de l'épilepsie chronique dont il souffrait, des effets secondaires des

traitements antiépileptiques et des conséquences de l'acte chirurgical qu'il avait subi. Le médecin des C._____ a ajouté qu'en sus des restrictions fonctionnelles liées à l'épilepsie, le recourant présentait des troubles de la mémoire sévères (tant verbale que visuo-spatiale), un ralentissement psychomoteur, une fatigue sévère et des troubles du langage légers. Ces troubles avaient, de manière durable, un impact significatif sur sa capacité de travail.

J. Il sera revenu, ci-après et 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'intimé, singulièrement une rente d'invalidité et des mesures d'ordre professionnel, consécutivement à sa nouvelle demande de prestations du 3 août 2023.

3.

3.1 Selon 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).

3.2 Aux termes de l'art. 28*a* al. 1 première phrase LAI, l'évaluation du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative est régie par l'art. 16 LPGA. Cette disposition dispose que 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 (méthode ordinaire de la comparaison des revenus). L'art. 28*b* LAI règle la détermination de la quotité de la rente.

3.3 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.

3.4 Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). D'après l'art. 8*a* al. 1 LAI, les

bénéficiaires de rentes ont droit à des mesures de nouvelle réadaptation si leur capacité de gain peut, selon toute vraisemblance, être améliorée (let. a) et que ces mesures sont de nature à améliorer leur capacité de gain (let. b). Selon l'al. 3 de cette disposition, les mesures de réadaptation comprennent notamment des mesures d'ordre professionnel (le. b). L'assuré peut prétendre à des mesures d'ordre professionnel aux conditions énumérées aux art. 15 ss LAI.

3.5 Aux termes de l'art. 43 al. 1 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (première phrase); les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (seconde phrase).

3.6 C'est la tâche du médecin de porter un jugement sur l'état de santé et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler (ATF 150 V 410 consid. 9.5.3.2 ; 140 V 193 consid. 3.2 ; 125 V 256 consid. 4).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut pas trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. 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 143 V 124 consid. 2.2.2 ; 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c).

Le tribunal peut accorder une pleine valeur probante à une expertise mise en œuvre dans le cadre d'une procédure administrative au sens de l'art. 44 LPGA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb). En effet, au vu de la divergence reconnue par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4), 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 distincte de celle exprimée par les experts. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 8C_170/2025 du 30 janvier 2026 consid. 3.2.2 et l'arrêt cité).

3.7 Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue ; les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1; 121 V 362 consid. 1b). Le juge des assurances sociales doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue ; en particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 118 V 200 consid. 3a in fine et les arrêts cités ; TF 9C_355/2025 du 1er avril 2026 consid. 2.3).

3.8 Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision 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 ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités revêtent une importance significative ou entrent raisonnablement en considération. Il n'existe par conséquent pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 144 V 427 consid. 3.2; 139 V 176 consid. 5.3; 135 V 39 consid. 6.1).

4.

4.1 Le recourant reproche aux experts de D._____, partant à l'intimé, de ne pas avoir tenu compte des faits nouveaux relatifs à l'opération du 16 juin 2025.

4.2 Dans leur rapport du 3 janvier 2025, les experts ont mentionné que s'agissant des crises focales, un second avis neurologique des C._____ était attendu. Le 10 janvier 2025, les médecins de l'Universitätsspital U1._____ ont évoqué une éventuelle intervention chirurgicale, en indiquant que le recourant allait se soumettre à un examen pré-chirurgical aux C._____, où l'intéressé a effectivement été hospitalisé du 31 mars au 9 avril 2025. Selon le rapport de sortie du 7 mai 2025, un colloque pluridisciplinaire devait encore se pencher sur le cas du recourant, en vue d'évaluer et de préciser l'indication chirurgicale. Le rapport évoquait la tenue d'un colloque en avril 2025 (p. 682), sans préciser quand une éventuelle intervention serait pratiquée.

4.3 Au vu de cet état de fait, on ne saurait reprocher à l'intimé de ne pas avoir requis un complément d'expertise et d'avoir rendu la décision attaquée avant que l'opération envisagée n'ait été réalisée. Les experts de D._____ ont en effet rendu leur rapport en connaissance de l'évaluation neurologique des C._____ qui était à venir. En outre, le séjour stationnaire dans cet établissement du 31 mars au 9 avril 2025 n'a pas mis en évidence d'éléments nouveaux et pertinents qui auraient requis un complément d'expertise. Au terme de l'hospitalisation, l'indication à l'intervention chirurgicale était du reste encore en cours d'évaluation. À ce stade, il s'agissait donc

encore d'une simple option thérapeutique. Par ailleurs, au moment où l'intimé a rendu sa décision du 12 juin 2025, rien au dossier n'indique qu'il était au courant de l'opération qui allait être réalisée quatre jours plus tard, le recourant n'ayant par ailleurs pas informé l'intimé qu'une intervention aurait lieu, alors même qu'il était en attente d'une décision de l'office AI, ayant formulé des objections au préavis de l'office AI du 15 janvier 2025. Il y a lieu de relever également que, préalablement à sa prise de décision, l'intimé a par ailleurs actualisé le dossier du recourant en requérant le rapport médical du 7 mai 2025 des C._____ puis a soumis le cas une nouvelle fois à son SMR (rapport du 5 juin 2025). Le rapport des C._____ du 7 mai 2025, rédigé pourtant postérieurement à la discussion en colloque pluridisciplinaire envisagée initialement les 14 ou 28 avril 2025 (p. 682), a confirmé qu'une indication opératoire n'était, pour l'heure, qu'une éventualité thérapeutique. Dans ces conditions, l'intimé était en droit de mettre un terme à l'instruction et de rendre une décision le 12 juin 2025, sans égard à une option thérapeutique qui était certes thématisée depuis janvier 2025, mais qui n'apparaissait pas, selon toute vraisemblance, avoir été concrétisée.

4.4 Il s'ensuit qu'en application de la jurisprudence (cf. consid. 3.4 *supra*), l'intervention du 16 juin 2025 et ses suites – en particulier les séquelles post-opératoires présentées par le recourant (documentées dans les rapports médicaux des C._____ des 19 juin et 8 juillet et 16 octobre 2025 [cf. consid. G *supra*] transmis par le recourant au stade du recours) –, postérieures à la décision litigieuse et se rapportant à un état de fait postérieur à la décision contestée, ne peuvent pas être pris en considération dans le cadre de la présente procédure de recours. Comme l'office AI l'a signifié au recourant dans sa détermination du 8 octobre 2026 (cf. consid. 3.2 *supra*), ces nouveaux éléments peuvent tout au plus faire l'objet d'une nouvelle demande de prestations.

5

5.1 Le recourant critique le rapport d'expertise, dont il nie la valeur probante. Il fait grief aux experts de ne pas avoir traité l'ensemble des troubles diagnostiqués, notamment les céphalées et les affections neurocognitives. Leur rapport contiendrait par ailleurs des incohérences et se baserait sur des déclarations confuses ou erronées de sa part. Contrairement à ce qu'ont noté les experts, il n'aurait jamais habité dans une ferme et n'irait plus faire ses courses en W1._____ depuis longtemps. Il soutient également que les avis de ses médecins traitants, qui attestent une incapacité totale de travail, contredisent l'appréciation des experts. Détaillant ses limitations fonctionnelles, il argue que son activité habituelle n'est plus exigible et qu'aucune activité adaptée n'est actuellement envisageable sans mesures de réadaptation spécifiques.

5.2

5.2.1 Il ressort du rapport de D._____ que les experts se sont fondés sur un dossier médical complet, qu'ils se sont tous entretenus avec le recourant, en dressant une anamnèse détaillée, qu'ils l'ont examiné et que chaque spécialiste s'est livré à une évaluation médicale circonstanciée dans son domaine de compétence. Les experts,

qui ont également procédé à une évaluation consensuelle, ont tenu compte des avis médicaux figurant au dossier, notamment ceux des médecins traitants. Contrairement à ce que soutient le recourant, ils ont dûment pris en compte les céphalées et les troubles neuropsychologiques dont il se plaignait. Leur appréciation médicale et leurs conclusions sont par ailleurs soigneusement motivées. En ce qui concerne les prétendues confusions émaillant le rapport d'expertise, le recourant se réfère à des points de détail. En tout état de cause, selon l'anamnèse familiale établie par l'expert en neurologie, le recourant a bien déclaré être né dans une ferme jurassienne (cf. p. 14 du rapport d'expertise). Selon le rapport d'expertise, il a en outre affirmé, aux experts en psychiatrie et en neuropsychologie, faire parfois ses courses en W1._____ avec sa fille (cf. p. 8 et 22 du rapport d'expertise). Or, il ne ressort pas de l'expertise, ni de tout autre avis médical, que l'on ne pourrait pas donner foi à ses déclarations en raison d'atteintes à sa santé. En définitive, une pleine valeur probante peut être reconnue à l'expertise de D._____.

5.2.2 Pour le reste, les avis médicaux des médecins traitants ne mettent nullement en doute l'appréciation des experts, à tout le moins en tant qu'elle porte sur la capacité de travail du recourant. À l'inverse des experts, ces médecins ont certes posé le diagnostic de neurofibromatose, lequel a été confirmé par les C._____ en octobre 2025 ensuite d'une analyse génétique. Force est toutefois de constater que ni les médecins des C._____ ni les médecins traitants du recourant n'ont fait état, chez celui-ci, de symptômes (en dehors de taches pigmentaires constatées par le neurologue traitant) ou de limitations fonctionnelles spécifiquement attribuables à cette affection. Selon le rapport des C._____ du 16 octobre 2025, ce trouble peut se manifester par des taches cutanées ou des tumeurs et est associé à un risque accru de développer certains cancers. Aucune pathologie cancéreuse n'a toutefois été observée chez le recourant, une surveillance médicale restant conseillée. À défaut de tout impact sur la capacité de travail du recourant, le diagnostic de neurofibromatose ne saurait conduire à invalider l'évaluation de la capacité de travail à laquelle ont procédé les experts. Le neurologue traitant a encore évoqué une neuropathie ulnaire gauche irritative, qui a été exclue par les experts au vu de l'anamnèse et de l'examen clinique. Le spécialiste traitant a qualifié cette atteinte de « probable », sans critiquer l'analyse des experts sur ce point. En particulier, il n'a pas décrit de restrictions fonctionnelles incapacitantes causées par cette affection, qui auraient été ignorées par les experts. Son opinion divergente concernant le diagnostic de neuropathie ulnaire gauche irritative n'est pas de nature à remettre en cause l'appréciation des experts.

Dans son bref rapport du 7 août 2023, le médecin traitant spécialisé en médecine interne générale a attesté une incapacité totale de travail, sans toutefois motiver son appréciation et en pronostiquant une reprise espérée du travail en septembre 2023. Pour sa part, le neurologue traitant a estimé que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle, en relatant une baisse de l'attention et de l'endurance, une diminution de la productivité et une inaptitude à la conduite et à certaines activités à risque. Or, les experts ont tenu compte des limitations fonctionnelles d'ordre neurologique, en détaillant les activités qui devaient être proscrites. Sont visées, en

particulier, les activités à risque et nécessitant beaucoup de concentration. De l'avis des experts, l'activité de logisticien à B._____ est compatible avec les limitations retenues. Le neurologue traitant – qui ne s'est pas exprimé sur l'appréciation et les conclusions des experts – n'a pas précisé quelles tâches le recourant ne pourrait concrètement plus accomplir dans cette activité. Dans son recours, ce dernier se plaint de ses « absences » fréquentes, qui l'empêcheraient de traiter des colis, et d'une intolérance à la lumière, qui entraverait toute activité en extérieur et sous certains éclairages. Il explique en outre devoir porter un casque et des lunettes contre ses céphalées, présenter des troubles de l'équilibre et ne plus supporter le bruit, la rapidité et la charge physique qu'impliquerait son activité à B._____. Il ne se réfère toutefois à aucun moyen de preuve étayant ses difficultés au travail et l'incompatibilité de son poste avec ses restrictions fonctionnelles et ses allégations doivent d'emblée être tempérées au vu des incohérences relatées par les experts (notamment extinction de la lumière requise par le recourant au moment où l'expert aborde la question de travailler sous la lumière, cf. consid. B.6 *supra*). En tout état de cause, le recourant se limite à opposer à l'avis des experts sa propre appréciation et celle, peu motivée, du neurologue traitant, ce qui s'avère insuffisant pour remettre en cause l'expertise. On ajoutera que ce dernier ne s'est pas déterminé sur les nombreuses incohérences mises en exergue par les experts. Dans ces conditions, il n'y a pas de raison de s'écarter de l'appréciation des experts de D._____, selon laquelle le recourant disposait, au moment où la décision litigieuse a été émise, d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle. À défaut d'une diminution de sa capacité de gain, il ne peut donc pas prétendre à une rente d'invalidité.

5.3 Faute d'invalidité, le recourant ne peut pas davantage prétendre à des mesures d'ordre professionnel, en particulier un reclassement au sens de l'art. 17 LAI, qu'il appelle de ses vœux.

6. Il s'ensuit que le recours doit être rejeté et la décision du 12 juin 2025 confirmée.

7.

7.1 Le recourant, qui succombe, supporte les frais de la procédure, à hauteur de CHF 700.- (art. 69 al. 1bis LAI), à prélever sur son avance de frais.

7.2 Il n'est pas alloué de dépens (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, à prélever sur son avance de frais.
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 Jacy Pillonel, avocate à Fribourg ;
- à l'intimé, l'Office de l'assurance invalidité du canton du Jura, rue Bel-Air 3, 2350 Saignelégier ;
- à l'Office fédéral des assurances sociales, Effingerstrasse 20, 3003 Berne.

Porrentruy, le 2 novembre 2026

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

Anne-Françoise Boillat 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 B._____ ou à une représentation diplomatique ou consulaire **suisse** (art. 48 al. 1 LTF).*