RÉPUBLIQUE ET CANTON DU JURA

TRIBUNAL CANTONAL

COUR DES ASSURANCES

AI 2025 96

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

ARRÊT DU 2 OCTOBRE 2026

en la cause liée entre

A._____,
- représenté par Me Charles Poupon, avocat 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 2 juillet 2025 (N° AVS : xxx._____).

_____

CONSIDÉRANT

En fait :

A.

A.1 A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le ._____ 1981, a déposé le 24 décembre 2019 une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance invalidité du canton de V1._____ (ci-après : OAI-V1._____), en invoquant un syndrome d'Asperger avec épisodes récurrents de burn-out, un hoquet chronique (uniquement nocturne), une allergie aux acariens ainsi que diverses atteintes en lien avec le syndrome d'Asperger (diagnostiqué en 2018), présentes selon lui depuis toujours (p. 1 ss ; les pages citées ci-après sans autre indication renvoient au dossier produit par l'intimé sur support numérique, au format PDF). Employé en tant que spécialiste des douanes depuis 2008, le recourant fait état de périodes d'incapacités de travail d'un à deux mois par année (p. 12 ss).

A.2 L'OAI-V1._____ a recueilli les renseignements usuels auprès de l'employeur de l'assuré (p. 98 ss) ainsi qu'auprès de ses médecins traitants (p. 73 ss et p. 117 ss).

A.3 L'OAI-V1._____ a mis en œuvre un plan d'insertion en faveur de l'assuré prévoyant en particulier un stage au sein de son entreprise dans le domaine de l'analyse des risques avec des aménagements du poste de travail, notamment un recours accru au télétravail (p. 51 ss).

Selon le rapport final relatif à cette mesure d'insertion, le recours accru au télétravail a permis d'adapter pleinement l'environnement de travail à l'état de santé de l'assuré, lequel était dès lors en mesure de fournir une pleine prestation de travail dans le cadre de ses nouvelles fonctions. L'OAI-V1._____ a ainsi considéré que le cas pouvait être clôturé (p. 130 ss).

A.4 Par projet de décision du 20 juillet 2020, confirmé par décision du 22 septembre 2020, l'OAI-V1._____ a rejeté la demande de prestations au motif que l'assuré occupait désormais, auprès de son employeur, un nouveau poste adapté à son état de santé, à la suite d'une mutation interne. Il a retenu qu'aucune condition ouvrant le droit à des prestations de l'assurance-invalidité n'était réalisée et a clôturé le dossier sans autre examen (p. 141 ss, 150 ss et 154).

B.

B.1 Le 20 décembre 2022, l'employeur de l'assuré a déposé un formulaire de détection précoce auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton du Jura à Saignelégier (ci-après : l'intimé), l'assuré ayant, dans l'intervalle, déménagé dans le canton du Jura, en raison d'une incapacité de travail de 100 % depuis le 8 août 2022 liée à des troubles psychiques, respectivement le syndrome d'Asperger (ci-après : trouble du spectre de l'autisme ou TSA ; p. 155 ss).

B.2 Le 17 janvier 2023, à la suite du dépôt du formulaire de détection précoce, l'assuré a présenté une nouvelle demande de prestations auprès de l'intimé, en invoquant un trouble du spectre de l'autisme présent depuis toujours (p. 223 ss).

B.3 L'intimé a recueilli les renseignements usuels auprès de l'employeur de l'assuré (p. 284 ss). Il a également sollicité les rapports des médecins traitants, soit du médecin traitant (p. 349, 360 et 454), du rhumatologue (p. 449 ss, 455 ss et 504 ss), de la rhumatologue (p. 504 ss), du psychiatre remplaçant (p. 362 ss), de la psychiatre traitante (p. 390 ss, 466 ss et 552 ss), de l'allergologue (p. 563 ss), ainsi que du cardiologue (p. 538 ss).

B.4 Une mesure d'intervention précoce sous la forme d'un coaching a été mise en place du 15 mars au 31 décembre 2023 afin d'accompagner l'assuré dans sa reprise professionnelle et de déterminer les adaptations nécessaires au maintien de son emploi (p. 347, 350 ss, 384 ss et 483). Celle-ci a pris fin en particulier en raison de la résiliation des rapports de travail avec effet au 31 janvier 2024 (cf. p. 439 ss).

L'assurance perte de gain de l'employeur a ordonné la réalisation d'une expertise laquelle a été confiée au Dr B._____, psychiatre-psychothérapeute (p. 422 ss). Dans son rapport du 22 août 2023, l'expert a retenu une incapacité de travail complète

dans l'activité habituelle ainsi que dans une activité adaptée. La situation est complexe et le pronostic est défavorable ; en témoigne l'instabilité professionnelle depuis de nombreuses années et les différentes périodes de décompensation psychique recensées dans son parcours médical et professionnel (p. 424 s.).

C. Suivant les avis de son Service médical régional (ci-après : SMR) (p. 519 et 566), l'intimé a mis en œuvre une expertise bidisciplinaire auprès de E._____, comprenant un volet de psychiatrie-psychothérapie et un volet de rhumatologie (p. 568 ss, 595 ss et 607).

Dans leur rapport du 9 avril 2025 (p. 671 ss), les experts ont retenu, de manière consensuelle, qu'aucune atteinte somatique ou psychique n'avait d'incidence sur la capacité de travail de l'assuré. Ils ont conclu à une pleine capacité de travail, tant dans l'activité habituelle du recourant que dans une activité adaptée, cette dernière correspondant à l'activité exercée. Aucune limitation fonctionnelle n'a été retenue (p. 676).

Sur le plan somatique, l'expert rhumatologue n'a retenu aucun diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail. Il a toutefois posé, sans incidence sur celle-ci, les diagnostics de discret syndrome rotulien bilatéral et méniscal externe droit sur probable chondropathie des genoux (M17.12) ainsi que de syndrome douloureux chronique dans le cadre d'un trouble du spectre de l'hypermobilité (M35.7 ; p. 672).

Sur le plan psychiatrique, l'expert n'a retenu aucun diagnostic incapacitant. Il a posé le diagnostic de syndrome d'Asperger léger (F84.5), sans incidence sur la capacité de travail (p. 673).

D. Invité à se déterminer sur la situation de l'assuré, le médecin du SMR considère, dans son avis du 29 avril 2025, que l'expertise est cohérente et que ses conclusions peuvent être suivies (p. 751 ss).

E. Par projet de décision du 29 avril 2025 (p. 749 ss), l'intimé a informé l'assuré de son intention de refuser le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

F. Après avoir donné au recourant la possibilité de se déterminer (p. 770 ss, 774 ss et 832 ss) et soumis ses objections ainsi que celles de sa psychiatre traitante au médecin du SMR (p. 908 ss), l'intimé a confirmé son refus de prestations par décision du 2 juillet 2025 (p. 913 ss).

G. Le recourant a interjeté recours le 9 septembre 2025 contre la décision de l'intimé en concluant à son annulation, partant, à la reconnaissance de son droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1er août 2024, sous suite de frais et dépens.

En substance, il soutient que l'instruction de son dossier est lacunaire et conteste la valeur probante de l'expertise sur laquelle repose la décision attaquée. À cet égard, il se prévaut notamment du certificat médical établi le 26 mai 2025 par sa psychiatre

traitante. Estimant que des doutes subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des conclusions de l'expertise du E._____, il conclut à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise bidisciplinaire, comprenant un volet rhumatologique et un volet psychiatrique.

H. Par mémoire de réponse du 25 novembre 2025, l'intimé conclut au rejet du recours, à la confirmation de la décision attaquée ainsi qu'à la mise des frais judiciaires à la charge du recourant et à ce qu'aucun dépens ne lui soit alloué.

Pour l'essentiel, il fait valoir que l'expertise du E._____ revêt une pleine valeur probante. S'agissant plus particulièrement du volet psychiatrique, il relève que l'expert a retenu un trouble du spectre de l'autisme et exposé de manière convaincante les raisons pour lesquelles cette atteinte n'entraîne aucune limitation fonctionnelle. Quant au certificat médical du 26 mai 2025 de la psychiatre traitante, il n'apporte selon lui aucun élément objectif propre à remettre en cause les conclusions de l'expertise.

I. Par réplique du 11 février 2026, le recourant a confirmé les conclusions figurant dans son mémoire de recours, reprenant pour l'essentiel son argumentation. L'intimé en a fait de même dans sa duplique du 18 février 2026.

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 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 (art. 56 ss, 59 ss LPGA, 69 al. 1 let. a LAI et 169 Cpa).

2. 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).

En tenant compte du principe de droit intertemporel selon lequel les dispositions légales applicables sont celles qui étaient en vigueur à l'époque à laquelle les faits juridiquement déterminants se sont produits (cf. notamment ATF 129 V 354 consid. 1), le droit applicable en l'espèce est celui en vigueur dès le 1er janvier 2022 dès lors que la décision administrative litigieuse a été rendue après cette date et que les prestations auxquelles il pourrait prétendre sont également postérieures.

3. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur la valeur probante de l'expertise bidisciplinaire du 9 avril 2025.

4. Il convient au préalable de relever que la demande déposée par le recourant le 17 janvier 2023 intervient après une précédente décision de refus de prestations rendue par l'OAI-V1._____ le 22 septembre 2022. Elle est dès lors susceptible de relever du régime de la nouvelle demande au sens de l'art. 87 RAI. Toutefois, il n'apparait

pas selon les éléments au dossier que l'OAI-V1._____ ait procédé à un examen matériel du droit à la rente du recourant, s'étant limité à constater qu'il avait pu reprendre une activité (adaptée). Dans cette mesure c'est à bon droit que l'intimé est entré en matière et a procédé librement à l'examen du droit à la rente du recourant.

5.

5.1 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).

5.2 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).

5.3 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. 2225 de la Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance invalidité édictée par l'OFAS [CIRAI], état au 1er janvier 2025).

5.4 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.).

6.

6.1 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 ; I 381/03 du 26 novembre 2003 consid. 2.1). Selon la jurisprudence, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical d'un point de vue formel, 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 (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_88/2024 du 4 novembre 2024 consid. 4.2).

6.2 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).

6.3 Le principe de l'instruction d'office ne comprend pas le droit de l'assureur de recueillir une « second opinion » sur les faits déjà établis par une expertise. Lorsque le juge examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique. 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_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 des 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_689/2023 du 10 juin 2024 consid. 3.2).

6.4 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).

6.5 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).

7. Selon une jurisprudence constante, le tribunal 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 qui sont survenus postérieurement et qui ont modifié cette situation doivent en règle générale faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et réf. cit. ; 121 V 365 consid. 1b ; 117 V 293 consid. 4). 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 (TF 8C_13/2022 du 29 septembre 2022 consid. 3.1.3 et réf. cit. ; 9C_269/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2 et réf. cit.).

8.

8.1 Dans l’ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence relative à l'appréciation des effets sur la capacité de travail des troubles somatoformes douloureux et autres troubles psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le point de savoir si le trouble douloureux diagnostiqué entraîne une incapacité de travail totale ou partielle ne se pose plus sous l’angle de la réfutation d’une présomption. Le modèle règle/exception est remplacé par une grille d'évaluation normative et structurée à l’aide d’indicateurs. Une fois abandonné le concept de la présomption, l'appréciation de la capacité fonctionnelle d'exécuter une tâche ou une action ne se concentre plus sur la réfutation d'un présupposé selon lequel les troubles somatoformes douloureux persistants ou les troubles psychosomatiques assimilés ne sont pas invalidants. L'accent doit être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1 et 6 ; TF 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7).

Désormais, la capacité de travail réellement exigible des personnes concernées doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler en tenant compte d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique devra mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic de « trouble somatoforme » présuppose un degré certain de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fourniront également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il conviendra également de mieux intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Joueront également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes. Dans le contexte des troubles somatoformes, le Tribunal fédéral a encore précisé que les facteurs psychosociaux et socioculturels - qui ne constituent pour eux-mêmes pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 4 LAI - peuvent avoir des effets sur les ressources à disposition de l’assuré pour lui permettre de surmonter son atteinte à la santé (ATF 141 V 281 consid. 3.4.2.1).

8.2 Par arrêt du 30 novembre 2017 (ATF 143 V 409 et 143 V 418), le Tribunal fédéral a étendu l’application de la jurisprudence en lien avec les troubles somatoformes à toutes les maladies psychiques, y compris les dépressions légères à moyennes en particulier. Dans l’ATF 145 V 215, il a encore précisé que la jurisprudence précitée trouve également application dans le cadre des syndromes de dépendance, que ceux-ci soient qualifiés de secondaires ou primaires.

Il en découle ainsi que, désormais, tant les syndromes douloureux somatoformes persistants que toutes les autres affections psychiques (y compris les syndromes de dépendance) doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281.

La jurisprudence récente a expressément précisé que ces principes s'appliquent également aux troubles du spectre autistique dans la mesure où un assuré souffre notamment de phobies sociales, d'une anxiété sociale et présente une personnalité évitante (TF 8C_126/2025 du 6 octobre 2025 consid. 6.1.2 et 6.3.2). Le Tribunal fédéral a ainsi rappelé que le diagnostic de trouble envahissant du développement, même posé de manière fondée, ne suffit pas en lui-même à justifier une incapacité de travail. Il importe de déterminer les déficits fonctionnels qui en résultent, de les mettre en relation avec les exigences de la vie professionnelle et de les convertir, le cas échéant, en une diminution de la capacité de travail au moyen d'une grille d'évaluation normative et structurée, notamment au regard des indicateurs de gravité fonctionnelle et de cohérence (TF 9C_283/2024 du 27 juin 2025 consid. 4.1).

8.3 S'agissant des expertises nécessaires pour examiner ces troubles, le Tribunal fédéral a précisé qu'il convient d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies - le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux - permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (ATF 141 V 281 consid. 8). Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards posés par l'ATF 141 V 281 - ou n'en suit pas exactement la structure - ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre, il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6 ; TF 9C_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

8.4 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.).

9. En l'occurrence, pour nier le droit du recourant à une rente d'invalidité, l'intimé s'est fondé sur l'expertise médicale du 9 avril 2025 établie par les Drs C._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie et D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, dont il admet la valeur probante, ce que conteste le recourant.

Il est précisé que le recourant ne remet pas en cause les conclusions de l'expertise relatives au volet de rhumatologie, qui sont convaincantes, claire, dûment motivées

et qui rejoignent globalement les diagnostics et appréciations des médecins traitants sur ce plan. Il peut dès lors être admis que ses atteintes rhumatologiques ne l'empêchent pas d'exercer une activité adaptée à plein temps et avec un rendement complet.

9.1 Sur le plan formel, l'expertise bidisciplinaire ne prête pas le flanc à la critique. En effet, l'expert psychiatre, dont les qualifications professionnelles ne sauraient être mises en doute, a procédé à un examen personnel du recourant. Il a tenu compte de ses plaintes subjectives, de son anamnèse particulièrement détaillée (familiale, personnelle, scolaire, professionnelle et sociale) ainsi que des documents médicaux et autres pièces versés au dossier jusqu'au moment de l'expertise. Il est vrai que le centre d'expertise n'a sans aucun doute pas procédé à une relecture attentive de l'expertise qui contient de nombreuses coquilles, telles que relevé par le recourant dans sa détermination du 9 mai 2025 (par ex. « au Dieu » à la place d'odieux [p. 26 de l'expertise, p. 691]; utilisation du féminin plutôt que du masculin, « dentiste » à la place d'intensité [p. 36 de l'expertise, p. 701] etc.), lesquelles relèvent toutefois d'une relecture négligente d'un document, vraisemblablement rédigé à l'aide d'un outil de dictée vocal, et n'affectent pas, pour ce motif, le fond de l'expertise.

Sur le plan diagnostic, l'expert retient un syndrome d'Asperger léger (F84.5), diagnostiqué antérieurement dans le cadre d'une évaluation spécialisée. L'existence de ce diagnostic n'est pas remise en cause en tant que tel, mais bien plutôt quant à son impact dans la vie du recourant (cf. not. rapport de la psychiatre traitante du 26 mai 2025, p. 778). Sous l'angle de l'assurance-invalidité, il convient de rappeler que ce n'est pas le diagnostic en tant que tel qui est déterminant, mais les limitations fonctionnelles qui en résultent et leur incidence concrète sur la capacité de travail (ATF 148 V 49 consid. 6.2.2).

9.2 Sur le plan matériel et sous l'angle psychique, la Cour de céans ne peut toutefois suivre sans réserve les conclusions de l'expert psychiatre quant à la capacité de travail du recourant.

L'expert psychiatre retient le diagnostic de syndrome d'Asperger car celui-ci a été retenu au décours d'une évaluation dans une unité hospitalière spécialisée en la matière. Son intensité est tout au plus légère car le trouble ne s'est pas manifesté de manière notable, en particulier dans le domaine professionnel. L'expert n'a, par ailleurs et malgré une situation sociale stressante et inhabituelle, pas relevé de signe en faveur de perturbations importantes. Il n'a pas non plus constaté de perturbation qualitative des interactions sociales avec l'expert ni une quelconque forme de malhabileté (p. 8 et 36 expertise). L'expert s'est ensuite prononcé sur les diagnostics différentiels posés qu'il ne retient pas, en particulier celui d'épisode dépressif (p. 36 s.). Appréciant ensuite l'incidence du diagnostic retenu sur les capacités fonctionnelles du recourant, l'expert indique que la mise en avant des limitations qui en serait la conséquence survient, « à l'emporte-pièce », qu'après que le diagnostic de syndrome d'Asperger ait été porté. L'expert n'a relevé aucun dysfonctionnement d'ordre émotionnel, relationnelle ou cognitif. Il constate par ailleurs que les multiples

tentatives d'adaptation du poste de travail n'ont à aucun moment porter leurs fruits ou amener une quelconque satisfaction à l'expertisé. Il n'y a pas de raison plausible et cohérente à ce que l'expertisé n'ait pas pu continuer son activité professionnelle en télétravail en majeure partie. De même, dans les périodes d'interruption de l'activité professionnelle entre 4 et 6 semaines sur la période de 2016 et 2017, il n'a bénéficié que ponctuellement de millepertuis mais pas d'antidépresseur (p. 8 et 39 expertise). Après avoir évalué les ressources du recourant à l'aide de la MINI CIF-APP, l'expert relève diverses incohérences retrouvées lors de son examen. Il n'a ainsi en particulier constaté aucun signe objectif des plaintes spontanées relatives à la fatigue, l'anxiété, le trouble des interactions sociales ainsi que les douleurs chroniques. Sur le plan chronologique, l'expert considère que les limitations invoquées auraient été à l'œuvre depuis l'enfance, alors que tel n'a pas été le cas dans l'activité de droguiste. Il relève également des incohérences entre les plaintes de solitude et son besoin de tisser des liens, de difficultés à exprimer ses émotions, alors que cela n'a pas été constaté, de douleurs chroniques au regard des prescriptions médicamenteuses, des plaintes de fatigue et de douleurs au regard des activités réalisées, etc. (p. 10 et 41 expertise). L'expert exprime en conclusion, qu'il existe certaines incohérences et qu'il se fonde de manière prépondérante sur les données objectives pour conserver une bonne plausibilité à ses conclusions (p. 41 expertise). Il retient ainsi une pleine capacité de travail depuis toujours, dans l'activité exercée mais également dans toute activité.

La conclusion de l'expert se fonde ainsi notamment sur les incohérences relevées en particulier entre les plaintes alléguées et les constats objectifs effectués durant l'expertise. L'expert relève notamment une attention et une concentration intactes, une pensée structurée, une bonne capacité d'interaction, l'absence de fatigue ou de fatigabilité observables ainsi que l'absence de manifestation anxieuse ou douloureuse (p. 699-700). Ces constatations permettent certes de retenir que, durant l'entretien, l'assuré a présenté un fonctionnement globalement préservé. Elles ne suffisent toutefois pas, à elles seules, à établir l'absence de toute limitation fonctionnelle dans le cadre d'une activité professionnelle exercée de manière régulière et durable. Au vu des mesures d'adaptation mises en place dans le cadre de la première demande de prestations auprès de l'OAI-V1._____, on s'étonne par ailleurs que l'expert ne mentionne aucune limitation fonctionnelle résultant du trouble dont souffre le recourant que ce soit dans l'activité précédemment exercée mais également dans toute activité et que, dans ce contexte précisément, il n'explique pas les raisons pour lesquelles ses conclusions divergent diamétralement de celles de l'expertise psychiatrique du 22 août 2023 (consid. B.4).

La conclusion de l'expert repose également, pour partie, sur une appréciation de la compatibilité entre les plaintes alléguées et le fonctionnement quotidien de l'assuré. Celui-ci conserve effectivement diverses activités, dont certaines lui procurent de l'intérêt ou du plaisir. L'expert en déduit notamment que la description de la journée type n'est pas compatible avec une fatigue importante et des douleurs chroniques (p. 706). Cette déduction appelle toutefois une certaine réserve. La possibilité d'accomplir des activités dans un cadre librement choisi, éventuellement sans interactions sociales, selon son propre rythme et avec la faculté de les interrompre

ou de les adapter en fonction de son état, ne saurait être assimilée sans autre à la capacité de maintenir une activité professionnelle régulière, cinq jours par semaine, avec les exigences de présence, de constance, de rendement et d'adaptation qu'elle comporte, en particulier en cas de syndrome d'Asperger. L'expertise n'expose pas de manière suffisamment précise les éléments médicaux permettant de procéder à une telle assimilation.

Il en va de même du syndrome d'Asperger retenu par l'expert lui-même. Le fait que ce trouble soit qualifié de léger et qu'il n'ait pas empêché l'assuré de suivre une formation professionnelle ni d'exercer différentes activités par le passé constitue certes un élément important. Il ne permet cependant pas, à lui seul, de conclure à l'absence de toute limitation actuelle. L'expert perd de vue que s'il est vrai que le recourant a pu, dans ses jeunes années, mener à terme deux formations professionnelles (CFC de droguiste [2002] puis brevet fédéral de spécialiste en douanes [2009], p. 706), démontrant par-là une réelle envie de se former et d'approfondir sa formation professionnelle, il n'en demeure pas moins que, depuis 2016, son parcours professionnel, chez le même employeur depuis 2009, a été marqué par de nombreuses césures, le dossier de la cause mettant en évidence de nombreuses incapacités de travail ayant mené jusqu'à un licenciement intervenu le 31 janvier 2024 (p. 688). Il appartenait à l'expert d'expliquer plus précisément pourquoi les difficultés d'interaction sociale, l'hypersensibilité sensorielle et les difficultés alléguées face à l'imprévu, qu'il constate dans l'anamnèse mais qu'il n'a pas constaté lors de l'entretien, ne sont pas susceptibles d'avoir une incidence fonctionnelle dans le contexte professionnel actuel. Cela d'autant plus que d'autres rapports médicaux au dossier, en particulier l'expertise effectuée par l'employeur du recourant, rapporte, en contradiction avec l'expert, une instabilité professionnelle depuis de nombreuses années couplée avec différentes périodes de décompensation psychique, sans que l'expert ne motive son avis divergent sur ce point (cf. rapport du Dr B._____ du 22 août 2023, p. 424). On ajoutera ici que le conseiller AI fait également état de changement de voies professionnelles à plusieurs reprises et relève que l'assuré ne s'est pas économisé dans des démarches de coaching mises en place en essayant de trouver des stratégies pour contourner ses nombreuses limitations. Le conseiller AI estime ainsi que l'assuré a tout mis en œuvre pour fonctionner plus ou moins correctement dans le monde du travail, mais qu'il n'arrive plus désormais à surcompenser ses limitations (rapport du 6 octobre 2023, p. 441). Or, l'expert, s'il constate certes que le recourant a pu mener à bien durant plusieurs années une activité professionnelle, ne se prononce pas de manière explicite sur les difficultés rencontrées par l'assuré durant cette période, difficultés ressortant toutefois de plusieurs éléments au dossier et qui sont retranscrites dans l'anamnèse, et pour quelles raisons celles-ci ne sont pas significatives pour apprécier les limitations actuelles du recourant. L'expert ne répond en particulier pas à l'argument d'un trop plein auquel le recourant n'arriverait plus à faire face malgré ses efforts.

La même observation vaut pour les plaintes d'ordre thymique. L'expert relève notamment que l'assuré se décrit comme dépité, désabusé et impuissant, qu'il n'a pas de perspective d'avenir, qu'il se demande ce qu'il fait sur terre et qu'il ne trouve

pas de raison de continuer à vivre. Il relève également une fatigue décrite comme permanente, un sommeil fortement perturbé et une diminution importante de la libido. L'on ne peut dès lors que s'étonner qu'il écarte néanmoins tout épisode dépressif au motif que l'humeur n'est pas abaissée lors de l'examen, que l'intérêt et le plaisir sont conservés dans certaines activités et qu'aucune fatigue n'est objectivée. Si ces éléments peuvent effectivement s'opposer à la reconnaissance d'un épisode dépressif caractérisé, le raisonnement ne permet pas encore, sans autre, de conclure que les symptômes décrits sont sans aucune incidence fonctionnelle. La question diagnostique et celle du retentissement fonctionnel ne se confondent en effet pas entièrement, en particulier au vu des épisodes plus ou moins réguliers d'incapacités de travail en raison de troubles psychiques associés, ici, à un syndrome d'Asperger.

Ainsi, la difficulté ne réside pas dans une contradiction manifeste entre les constatations cliniques, le dossier et les conclusions de l'expert, mais dans le caractère insuffisamment démontré de certaines déductions intermédiaires conduisant à la conclusion d'une capacité de travail de 100 % dans toute activité et depuis toujours.

Or, selon la jurisprudence, lorsqu'une expertise contient des contradictions ou lorsque ses déductions sont sérieusement mises en doute par des éléments médicaux pertinents, le juge ne peut s'en écarter sans motif, mais doit, le cas échéant, ordonner une instruction complémentaire (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa ; TF 9C_309/2022 du 28 mars 2023 consid. 5.2).

10. Par ailleurs, le recourant se prévaut du rapport du 26 mai 2025 établi par sa psychiatre traitante. Celui-ci ne saurait toutefois se substituer à une expertise complémentaire. En effet, la psychiatre traitante n'a pas eu accès à l'ensemble du dossier médical et administratif pertinent et ne disposait dès lors pas d'une base d'appréciation comparable à celle requise pour une expertise. Son rapport ne permet ainsi pas, à lui seul, de trancher les questions demeurées indécises, en particulier quant à l'existence, à l'ampleur et au retentissement fonctionnel des limitations alléguées. Il convient dès lors de faire clarifier ces éléments par l'expert dans le cadre d'un complément d'expertise. Il ne faut également pas perdre de vue que s'agissant des avis du médecin de famille ou du spécialiste traitant, eu égard à la relation de confiance établie avec son patient, ces derniers auront plutôt tendance, dans le doute, à favoriser leur patient (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

11. Ainsi, un complément d'expertise apparaît dès lors indiqué. Il appartiendra à l'expert psychiatrique de préciser, en particulier, à la lumière de ses constatations et de l'ensemble de la documentation, quelles limitations fonctionnelles concrètes peuvent être retenues en lien avec le syndrome d'Asperger et, le cas échéant, avec les symptômes de fatigue, d'anxiété et de difficultés relationnelles allégués, et quelle en est l'incidence sur la capacité de travail dans l'ancienne activité comme dans une activité adaptée. Il devra également expliciter la compatibilité de sa conclusion d'une capacité de travail de 100 % « depuis toujours » avec les éléments du parcours

professionnel mentionnés ci-dessus (période d'interruption, adaptations successives du poste, évolution de la situation jusqu'à la cessation de l'activité).

12. Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.

13. Les frais de la procédure sont laissés à la charge de l'Etat (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 219 al. 1 et 223 al. 1 Cpa). Le recourant, qui obtient gain de cause (ATF 132 V 215 consid. 6.2), a droit à une indemnité de dépens, à verser par l'intimé (art. 61 let. g LPGA), indemnité qu'il y a lieu de taxer conformément à l'ordonnance fixant le tarif des honoraires d'avocat dès lors que le mandataire du recourant n'a pas déposé de notes d'honoraires (RSJU 188.61).

PAR CES MOTIFS, LA COUR DES ASSURANCES ARRÊTE :

1. Le recours est admis. Partant, la décision du 2 juillet 2025 est annulée.
2. La cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
3. Les frais judiciaires sont laissés à la charge de l'Etat.
4. Une indemnité de dépens fixée globalement à CHF 2'734.95 (y compris débours et TVA) est allouée au recourant, à verser par l'intimé ;
5. Les parties sont informées des voie et délai de recours selon avis ci-après.
6. Le présent arrêt est notifié :
- au recourant, par son mandataire, Me Charles Poupon, avocat 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 2 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).*