

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 juillet 2026

Composition : M. WIEDLER, juge unique

Greffière : Mme Jeanneret

* * * * *

Cause pendante entre :

B. _____, à Q***, recourant, représenté par Mes Filip Banic et Radivoje Stamenkovic, avocats à Lausanne,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé.

Art. 8, 21 LAI ; 14 RAI ; 2 al. 1 OMAI

En fait :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en ***, célibataire, père de deux enfants nés en [...], a travaillé dès septembre 2013 en qualité de concierge polyvalent et livreur de meubles à 100 %.

En arrêt de travail dès mai 2021 en raison de douleurs dorsales pour lesquelles il a subi deux interventions chirurgicales sur des hernies discales, l'assuré a déposé une demande de prestations pour adultes (mesures professionnelles/rente) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 16 novembre 2021.

B. Le 24 décembre 2021, la Dre D._____, spécialiste en ophtalmologie, a délivré une attestation d'incapacité de travail totale dès le 21 décembre 2021, prolongée ultérieurement, et a adressé l'assuré au Dr F._____, spécialiste en ophtalmologie, pour déterminer l'éventuelle indication d'une chirurgie, en exposant que le patient présentait un nystagmus congénital et se plaignait d'une baisse de la vision depuis une année.

Le Dr F._____ a reçu l'assuré le 22 mars 2022 et prolongé l'incapacité de travail totale dès cette date. Par courrier du 4 avril 2022, ce spécialiste a adressé l'assuré à la Prof. G._____, médecin associée du service K._____ de l'Hôpital E._____, en exposant ce qui suit :

« (...)

Monsieur B._____ présente un nystagmus congénital de fixation manifeste, avec une amblyopie bilatérale. Le patient décrit une baisse d'acuité visuelle progressive depuis une année environ. Il ne peut actuellement plus lire le journal, qu'il lisait auparavant. L'anamnèse ne révèle pas de consommation d'alcool ou de tabac, de troubles digestifs, de syndrome inflammatoire entre autre. On retrouve dans le dossier policlinique de l'Hôpital H._____ une consultation de 2001 avec une acuité visuelle limitée à 0.2 des deux côtés.

La doctoresse D._____ décrit, comme tu le liras sur le courrier ci-joint, une acuité visuelle améliorable à 0.16 des deux côtés à distance.

Lors de notre examen du 22 mars 2022, l'acuité visuelle était symétrique à 0.04 à distance et 0.02 de près, non améliorable.

L'examen révélait un nystagmus horizontal pendulaire en position primaire, battant dans la direction du regard dans les regards latéraux. Le patient adoptait un discret torticolis compensateur menton relevé de 5° et en rotation vers la gauche de 3 à 5°. L'examen des positions oculaires faisait suspecter un microstrabisme divergent de l'œil droit de 6 DP de près et 2 DP à distance. Le stéréotest de Lana était négatif.

Au biomicroscope, le segment antérieur était calme, l'aspect du fond d'œil était physiologique.

Devant la baisse d'acuité visuelle progressive décrite par le patient, et sans explication ophtalmologique autre qu'une éventuelle moins bonne compensation du nystagmus congénital, un bilan complémentaire électrophysiologique me paraît indiqué. Je te laisse bien entendu juge de la nécessité d'un bilan complémentaire par imagerie cérébrale.
(...) »

Dans un rapport de consultation du 6 juillet 2022, la Prof. G._____ et la Dre C._____, spécialiste en ophtalmologie, ont conclu que l'examen neuro-ophtalmologique et l'imagerie par résonance magnétique (IRM) ne montraient pas de pathologie au niveau des voies visuelles afférentes. Cela étant, elles se demandaient s'il n'y avait pas eu une progression de l'astigmatisme, qui pourrait expliquer la baisse de l'acuité visuelle mais pas le rétrécissement du champ visuel. Le patient avait été adressé au Service de contactologie afin d'examiner l'indication pour la pose de lentille sclérale. Le rapport d'IRM cérébral et orbitaire du 30 juin 2022 était joint.

Répondant le 5 août 2022 à un questionnaire médical de l'OAI, la Prof. G._____ a indiqué qu'elle avait examiné l'assuré le 21 juin 2022 mais que la cause de la baisse de vue et du rétrécissement du champ visuel n'était pas encore déterminé. Elle a précisé qu'un potentiel de réorientation professionnel existait chez l'assuré, qui présentait une vue basse depuis l'enfance. Des attestations d'incapacité de travail totale ont par ailleurs été délivrées par son service dès le 27 juin 2022.

Avec l'aide de l'ergothérapeute M._____, l'assuré a déposé auprès de l'OAI une demande de moyens auxiliaires pour personne malvoyante le 3 octobre 2022. Etaient joints, d'une part, une prescription optique et un devis pour des lunettes pour vision de loin avec filtre, ainsi

que pour des lunettes pour vision de loin avec port permanent photochromique brun et, d'autre part, un devis pour l'achat d'un appareil de lecture portable. A l'appui de cette demande, l'ergothérapeute a indiqué que l'assuré était considérablement ébloui par les lumières artificielles et par le soleil, nécessitant une paire de lunettes pour l'extérieur et une paire pour les activités à l'intérieur. L'appareil de lecture était par ailleurs nécessaire dès lors que l'assuré avait besoin d'un grossissement de 6,3 x pour pouvoir lire les documents écrits, tels les courriers, factures et documents administratifs.

Selon communications des 5 et 14 octobre 2022, l'OAI a accepté la prise en charge des verres filtrants pour l'intérieur et l'extérieur. La prise en charge de l'appareil de lecture portable a également été acceptée le 18 janvier 2023.

C. Interrogé par l'OAI, le Dr N._____, spécialiste en médecine interne générale, a fait état le 31 janvier 2023 d'un état de santé stationnaire et d'une capacité de travail nulle dans toute activité. Il a joint plusieurs pièces médicales, dont un rapport de consultation de la Prof. G._____ du 20 décembre 2022. Celle-ci constatait que l'évolution était restée stationnaire, mais que l'origine de la baisse visuelle bilatérale du patient restait indéterminée, avec un nerf optique et une rétine d'apparence normale. Elle se disait frappée par la sévère constriction du champ visuel des deux côtés et, en l'absence d'une nette anomalie de l'électrorétinographie (ERG) ou d'une atrophie des nerfs optiques, le seul autre endroit qui pourrait induire un champ visuel tubulaire était une dysfonction au niveau du cortex strié occipital, raison pour laquelle elle préconisait l'évaluation du status vasculaire du patient.

Prenant connaissance du dossier, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a conclu comme suit le 28 mars 2023 s'agissant des atteintes ophtalmologiques :

« Discussion : (...) Concernant l'atteinte ophtalmologique, tous les examens réalisés par les différents ophtalmologues n'ont montré aucun substrat organique à la baisse de la vision importante depuis 1

an, par ailleurs l'assuré dispose d'aucun traitement à visée ophtalmologique. En se basant sur les éléments médicaux à notre disposition, nous constatons plusieurs points à éclaircir à ce dossier. L'acuité visuelle et le champ visuel étant des examens subjectifs, les examens objectifs (IRM, ERG, PEV, fond d'oeil) n'ont pas relevé la moindre anomalie. Par ailleurs, une telle baisse d'acuité visuelle et une telle détérioration du champ visuel doivent entraîner des répercussions significatives sur les « acte de la vie quotidienne », en dehors de la conduite automobile. (...) »

La Prof. G._____ a répondu le 6 avril 2023 aux questions du SMR en indiquant que l'état était stationnaire, que l'origine de la baisse de l'acuité visuelle n'était pas déterminée et qu'il en résultait des difficultés de déplacement et l'interdiction de la conduite de véhicule.

Le SMR a émis de nouveaux avis, le 13 juin 2023 pour constater, notamment, que la Prof. G._____ n'avait pas apporté de précision en dehors de l'absence de diagnostic et le 11 septembre 2023 pour préconiser la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire comprenant en particulier l'ophtalmologie faute d'avoir une évaluation objective sur cette problématique.

D. Le 12 septembre 2023, avec l'aide de l'ergothérapeute P._____, l'assuré a déposé une demande de moyens auxiliaires pour personne malvoyante, pour la prise en charge d'un appareil de lecture portable avec optimisation des contrastes, couleurs inversées et grossissement 2 à 14 x. A l'appui de cette demande, l'ergothérapeute a exposé que l'assuré n'avait pas de moyen d'accès à la lecture en dehors de son domicile, ce qui était problématique pour réaliser ses courses, lire un plan, lire un menu au restaurant ou pour lire toute autre information de taille usuelle hors de son domicile. Le 25 septembre 2023, l'ergothérapeute a confirmé qu'il s'agissait d'acquérir un second appareil de lecture plus compact, dès lors que l'appareil déjà financé ne se prêtait pas à une utilisation dans la rue ou dans des environnements extérieurs multiples.

L'OAI a mandaté son service de lutte contre la fraude, en vue de procéder à une observation de l'assuré. Déposé le 12 octobre 2023, le rapport de surveillance contenait la synthèse suivante :

« SYNTHÈSE DE L'OBSERVATION

Conformément au mandat cité en titre, nous avons établi une surveillance à l'endroit de Monsieur B._____. Le but de la surveillance consistait à déterminer le déroulement de ses journées et observer d'éventuelles limitations physiques claires / factuelles.

La surveillance a eu lieu les 21 - 28 septembre et 4 octobre 2023.

Durant ces trois journées, Monsieur B._____ est vu à deux reprises. De celles-ci, il est relevé que l'intéressé se déplace, à pied, avec une légère boiterie mais sans gêne clairement visible. Durant ses trajets et ceci sans nécessairement s'arrêter, il parvient à observer les alentours proches, voire lointains, en se retournant même sur presque 180° par moment ou même porter un paquet dans ses bras. Il s'arrête fréquemment pour lire des publications, propositions de mets et autres horaires de bus aux arrêts des TL. Les obstacles tels escaliers, escalators, trottoirs, montées/descentes, marche dans un pré pentu et en devers, etc. ne semblent pas être des contraintes particulières pour l'intéressé.

Les faits précités ne sont en aucun cas un avis médical avisé, mais uniquement le fruit de nos observations. »

Prenant connaissance des nouvelles pièces au dossier, le SMR a relevé dans son avis du 2 novembre 2023, notamment que l'incapacité de travail totale retenue par l'ophtalmologue était étonnante chez un assuré complètement autonome dans toutes ses activités, y compris ses déplacements.

Par décision du 26 février 2024, confirmant son projet du 15 janvier précédent, l'OAI a rejeté la demande de prise en charge d'un appareil de lecture.

E. Le 29 février 2024, l'assuré a déposé auprès de l'OAI une demande d'allocation pour impotent, en lien avec ses atteintes dorsales et ophtalmologiques. A ce rapport était joint, notamment, un « certificat attestant des conditions pour bénéficier d'une allocation pour impotence pour personnes malvoyantes » du 28 février 2024, dans lequel la Prof. G._____ posait le diagnostic de baisse d'acuité visuelle bilatérale d'origine non déterminée avec une acuité visuelle de 0,05 à droite et limitée à compter les doigts à gauche selon examen du 5 septembre 2023, et concluait à une acuité visuelle à distance corrigée bilatéralement de moins de 0,2 entraînant un grave handicap de la vue depuis le 21 juin 2022.

Il a ensuite déposé, le 18 juin 2024, une demande de moyens auxiliaires, pour le financement d'une canne blanche et de l'apprentissage à son utilisation.

Dans un rapport du 1^{er} juillet 2024, précisant qu'il suivait l'assuré depuis décembre 2023, le Dr J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a exposé que son patient avait vu sa vie s'effondrer avec une séparation en 2020, l'opération d'une double hernie discale en 2022 puis l'apparition d'une amblyopie bilatérale en 2022, qui le rendait incapable de lire sans moyens auxiliaires. Le psychiatre traitant posait les diagnostics d'épisode dépressif moyen (F32.1) et de douleur chronique où interviennent des facteurs somatiques et psychiques (F45.41).

Une expertise pluridisciplinaire a été mise en œuvre auprès de l'A._____, laquelle a désigné le Dr BD._____, spécialiste en médecine interne générale, le Dr I._____, spécialiste en rhumatologie, le Dr BF._____, spécialiste en ophtalmologie, la Dre BG._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ainsi que le Dr O._____, spécialiste en neurologie. En vue d'établir leur appréciation pluridisciplinaire, les experts ont rédigé chacun un rapport d'expertise dans leur spécialité. Le Dr BF._____ a rendu ses conclusions le 23 octobre 2024, accompagnées de son compte-rendu de consultation du 22 octobre 2024. En sa qualité de responsable du cas, le Dr BD._____ a alors invité le Dr BF._____ à se déterminer sur les enregistrements vidéo effectués dans le cadre de la surveillance de l'assuré en octobre 2023. L'expert en ophtalmologie a ainsi établi le rapport complémentaire suivant le 21 novembre 2024 :

- | | |
|--|--|
| examen
doigts à
yeux)
son
vidéo
véhicules | « 1. Le nystagmus est de type pendulaire horizontal, il n'y a aucune composante verticale qui soit visible sur la vidéo (tout comme lors de mon examen).

2. Les performances visuelles clamées par ce patient lors de mon du 22 octobre 2024 (acuité visuelle limitée à la numération des 1 m aux deux yeux, restriction sévère du champ visuel aux deux sont incompatibles avec la déambulation de ce patient hors de domicile, de plus avec une très bonne vitesse de marche. Sur la n° 29, il traverse sans encombre une route sur laquelle des viennent tant de sa gauche que de sa droite, sans hésitation ; |
|--|--|

ceci est incompatible avec la forte diminution de vision clamée par le patient.

3. Sur les vidéos n° 31 et 32, le patient s'arrête devant une ardoise pour lire le menu du café-restaurant, ce qui lui est évidemment impossible de faire avec une acuité visuelle limitée à la numération des doigts à 1 m.

Par ailleurs, dans mon rapport d'expertise, j'avais déjà relevé la présence d'une composante fonctionnelle non organique très nette lors de l'examen du champ visuel (1. Champ visuel tunnelisé par confrontation, ne s'expandant pas avec l'augmentation de la distance d'examen ; 2. Champ visuel de Goldman durant lequel le patient va spontanément regarder la lumière qui apparaît de manière très excentrée, sans qu'il ne presse sur le bouton, signifiant qu'il l'a vue.

Il m'est impossible de déterminer quels sont les mécanismes exacts qui aboutissent à cette composante fonctionnelle non organique surajoutée. »

Dans leur évaluation interdisciplinaire du 27 février 2025, les experts ont retenu les diagnostics suivants :

- « • Lombosciatalgies gauches chroniques, avec :
- Cure de hernie discale par laminectomie L3—L4 droite au CHUV en 2017
 - Lombosciatalgies décrites comme étant de topographie 81 gauche en décembre 2019, avec description d'un conflit radiculaire L5 gauche, déficitaire d'un point de vue moteur
 - Hémi laminectomie L4-L5 gauche et micro-séquestrectomie le 19.08.2021
 - Failed back surgery syndrome
- Nystagmus congénital
- Astigmatisme hypermétropique bien corrigé
- Composante fonctionnelle non organique surajoutée
- Majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques »

Des limitations fonctionnelles ont en outre été décrites comme suit :

« En raison des lombosciatalgies gauches chroniques et du failed back surgery syndrome, l'expertisé est limité pour toute activité physiquement lourde qui nécessite le levage de charges de manière répétitive, des mouvements en porte-à-faux répétitifs, des activités en flexion antérieure du tronc, des activités où l'assuré doit garder une position statique prolongée ou rester debout longtemps. L'exposition aux vibrations corporelles est déconseillée. L'assuré n'est pas en mesure de porter des charges lourdes ou de solliciter le rachis lombaire.

Sur le plan ophtalmologique, nous pouvons admettre que l'expertisé est limité dans toute activité exigeante sur le plan visuel, dans des activités manuelles nécessitant des tâches minutieuses, la manipulation de petits objets et l'utilisation de machines dangereuses, conduite automobile.

Il n'y a pas de limitation fonctionnelle retenue sur le plan psychiatrique, comme détaillé par l'analyse des domaines prédéfinis par la Mini CIF-APP par l'experte psychiatre. »

Procédant à l'analyse de l'expertise, le SMR a conclu comme suit le 4 mars 2025 :

« En nous basant sur l'expertise pluridisciplinaire à notre disposition nous n'avons pas de raison médicale, pour nous écarter de l'évaluation pluridisciplinaire et les conclusions de cette expertise, qui sont concordantes, avec les observations de l'AI. Il existe beaucoup d'incohérences entre les plaintes ophtalmologiques alléguées et leur répercussion dans la vie quotidienne. Il existe des incohérences multiples relevées tout au long de l'expertise et également par les observations de l'AI, chez un assuré qui peut observer le tableau proche, voire lointain et qui arrive à porter des paquets en marchant de longues distances, à l'examen clinique ophtalmologique une acuité visuelle limitée à la numération des doigts à 1 m aux deux yeux, restriction sévère du champ visuel aux deux yeux n'est pas compatible avec la déambulation de l'assuré hors de son domicile à une bonne vitesse de marche, la forte diminution de vision clamée par l'assuré, n'est pas compatible avec le traverser d'une route avec les véhicules venant dans les deux sens. L'examen du champ visuel démontre clairement la discordance entre la plainte alléguée et l'observation médicale de l'ophtalmologue. Nous adhérons que malgré l'ensemble des discordances relevées, les [limitations fonctionnelles] somatiques (e) puissent justifier une [capacité de travail dans l'activité habituelle] nulle dans une activité physique lourde ou nécessitant une vision minutieuse. Mais, il n'y aucune raison médicale pour que l'assuré ne puisse pas exercer une [activité adaptée] (comme le travail du bois exercé actuellement par l'assuré) à un taux plein, depuis toujours en dehors de période de convalescence pré et post opératoire et l'[incapacité de travail] durable en lien avec une atteinte psychique en rémission, chez un assuré qui a un taux d'antidépresseur indétectable, qui dispose d'un suivi psychiatrique en raison d'une fois par mois et qui ne présente pas de limitation au Mini-CIF. »

F. Le 2 avril 2025, l'OAI a établi un projet de décision prévoyant de refuser l'allocation pour impotent.

L'assuré a déposé des objections le 7 avril 2025. Soutenant cette démarche, le Dr J._____, a adressé un rapport à l'OAI le 7 avril 2025 également, dans lequel il a exposé que son patient présentait une

incapacité de travail à 100 % dans toute activité en raison de ses douleurs lombaires intenses, de l'amblyopie bilatérale, ainsi que de l'épisode dépressif moyen et des douleurs chroniques avec facteurs somatiques et psychiques.

Par décision du 27 mai 2025, confirmant son projet du 2 avril 2025, l'OAI a rejeté la demande d'allocation pour impotent de l'assuré. Dans une prise de position datée du même jour, l'OAI a exposé qu'il n'y avait pas d'éléments médicaux, dans les objections de l'assuré ou dans le rapport du psychiatre traitant du 10 avril 2025, permettant de modifier sa position.

L'assuré a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par actes des 21 et 27 juin 2025. La cause est instruite sous la référence ZD25.aaa.

G. Entretemps, le 19 mai 2025, l'OAI a également notifié à l'assuré un projet de décision prévoyant de refuser la prise en charge d'une canne blanche, au motif que les pièces médicales au dossier ne permettaient pas de retenir que l'assuré était aveugle ou gravement handicapé de la vue.

L'assuré a fait part de son désaccord avec ce projet de décision le 28 mai 2025, affirmant qu'il était gravement handicapé de la vue.

A l'appui de cette démarche, l'assistant social de l'Hôpital E._____ a transmis à l'OAI les pièces suivantes le 13 juin 2025 :

- Un rapport de l'ergothérapeute CB._____ du 28 mai 2025, exposant en particulier que l'assuré rencontrait d'importantes difficultés dans ses déplacements en raison de sa vision, notamment dans les lieux inconnus, dans la foule ou de nuit, tandis que les dénivelés, les reliefs et les marches non contrastés n'étaient pas perçus.
- Une attestation de la Prof. G._____ du 5 juin 2025, confirmant que l'assuré était malvoyant, présentant un nystagmus congénital et une amblyopie bilatérale. L'acuité visuelle était diminuée et le champ visuel

montrait un sévère rétrécissement concentrique des deux côtés. L'origine de cette modification n'était pas claire malgré de multiples investigations effectuées depuis 2022, mais le patient pourrait bénéficier d'une canne blanche.

Désormais représenté par Mes Filip Banic et Radivoje Stamenkovic, l'assuré a complété ses objections les 23 juin et 13 août 2025. Il a fait valoir que l'expertise pluridisciplinaire ne permettait pas de s'écarter des constatations de la Prof. G._____, dans la mesure où l'expert en ophtalmologie n'avait pas été interrogé sur l'indication d'une canne blanche et avait retenu des limitations sur le plan ophtalmologique.

Le 3 septembre 2025, l'assuré a produit un rapport établi le 30 juin 2025 par la Prof. G._____, au contenu suivant :

« (...)

Monsieur B._____ est atteint d'un nystagmus congénital et son acuité visuelle est basse de longue date. La première mesure effectuée à l'âge E._____ en 1997 faisait état d'une acuité de 0.2 à droite et de 0.3 à gauche.

Depuis 2021, le patient rapporte une baisse progressive de la vision bilatérale. L'examen de septembre 2024 a objectivé une acuité visuelle réduite à 0.05 à droite, et à la perception des doigts à gauche.

Le champ visuel est restreint à 5° ou moins. L'examen ophtalmologique ainsi que les investigations complémentaires n'ont pas mis en évidence de nouvelle pathologie susceptible d'expliquer cette dégradation visuelle. Dans ces conditions, aucun diagnostic ou pronostic ne peut être établi à ce stade.

A ma connaissance, ce patient est bénéficiaire de la [bonne santé habituelle] et a été suivi dans notre service de CD._____. Dans ce contexte, une activité professionnelle adaptée à sa malvoyance reste tout à fait envisageable.

(...) »

Par décision du 28 octobre 2025, confirmant son projet, l'OAI a rejeté la demande de moyens auxiliaires portant sur la prise en charge d'une canne blanche. Dans un courrier séparé du même jour, se référant au rapport pluridisciplinaire du 27 février 2025, en rappelant qu'il comprenait un volet ophtalmologique et tenait compte du rapport de surveillance du 12

octobre 2023, l'OAI a précisé que l'assuré n'avait pas apporté d'élément susceptible de modifier sa position.

H. Le 13 juin 2025, l'intimé a encore rendu un projet de décision prévoyant de refuser les mesures professionnelles et la rente d'invalidité. Il était retenu qu'à l'issue du délai d'attente d'une année après le dépôt de la demande, le degré d'invalidité était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité ou à des mesures professionnelles. Il en allait de même à l'issue d'un second délai d'attente en lien avec une nouvelle incapacité de travail subie du 1^{er} décembre 2023 au 31 août 2024, le degré d'invalidité au 1^{er} septembre 2024 étant à nouveau insuffisant pour ouvrir le droit à une rente ou à des mesures professionnelles.

L'assuré a déposé des objections contre ce projet le 23 juin 2025, en joignant notamment l'attestation de la Prof. G. _____ du 5 juin 2025, ainsi que des attestations d'incapacité de travail totale. Sous la plume de Me Banic, il a complété son argumentation les 14 juillet, 25 août, 30 octobre 2025 et 5 novembre 2025. Il a joint en particulier un courrier de la Prof. G. _____ du 30 octobre 2025, exposant que l'acuité visuelle aux deux yeux était de 0.2 en 2001, que le patient avait consulté en 2022 pour une baisse de vue progressive et que les investigations effectuées depuis lors (électrorétinographie, analyse sanguine, IRM cérébrale/orbitaire, autofluorescence du fond d'œil et tomographie par cohérence optique [OCT] de la rétine et du nerf optique) n'avaient pas mis en évidence une pathologie oculaire ou cérébrale pouvant expliquer les symptômes. Elle a précisé que les champs visuels avaient montré à plusieurs reprises un rétrécissement concentrique sévère jusqu'à 2-3 degrés au centre, sans expansion physiologique, puis a répondu comme suit aux questions du mandataire :

- « 1. Dans son ancienne activité professionnelle comme chauffeur-livreur, le patient n'est pas capable de continuer une telle activité qui comprend la conduite car sa vision ne correspond pas aux critères visuels pour la conduite de véhicule.
2. Il est malvoyant depuis l'enfance et il a travaillé à 100 % jusqu'en 2021. La baisse de vue rapportée récemment par le patient n'est pas associée à une nouvelle pathologie oculaire ou neuro-

ophtalmologique. Je ne vois pas d'obstacle pour une réadaptation vers un autre travail adapté pour les personnes malvoyantes, par exemple un travail qui se baserait sur d'autres facultés, comme l'audition.

3. Dans un travail adapté pour la malvoyance, j'estime qu'un taux de 50 % est la capacité potentielle maximale. »

Prenant connaissance des dernières pièces médicales, le SMR a conclu le 1^{er} décembre 2025 qu'il n'avait pas été apporté d'éléments médicaux nouveaux susceptibles de modifier les conclusions médicales.

I. Toujours représenté par Mes Filip Banic et Radivoje Stamenkovic, B._____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 28 novembre 2025 contre la décision du 28 octobre 2025 refusant la prise en charge d'une canne blanche, concluant principalement à la réforme, en ce sens qu'il est mis au bénéfice d'une canne blanche, subsidiairement à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Rappelant que la Prof. G._____ attestait dans son rapport du 5 juin 2025 qu'il présentait un handicap visuel grave, avec une acuité très faible et un sévère rétrécissement concentrique des deux côtés, il a fait valoir que le Dr BF._____ avait fait le même constat dans son rapport d'expertise du 21 novembre 2024. S'agissant des contradictions relevées dans le rapport d'expertise pluridisciplinaire, il a souligné que la surveillance était intervenue les 21, 28 septembre et 4 octobre 2023, soit une année avant l'examen médical du Dr BF._____. Enfin, le recourant a argué que, même si elle n'était pas expliquée, la baisse de l'acuité visuelle avait été constatée et justifiait la prise en charge d'une canne blanche, au même titre que les moyens auxiliaires dont il avait déjà bénéficié en 2022 parce qu'il avait été reconnu comme gravement handicapé de la vue.

Dans sa réponse du 26 janvier 2026, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision.

En droit :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

c) Vu la valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte sur le droit du recourant à la prise en charge par l'intimé d'une canne blanche à titre de moyen auxiliaire.

3. Les modifications législatives et réglementaires dans le cadre du « développement continu de l'AI » entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2022 (modification du 19 juin 2020 de la LAI et de la LPGA [RO 2021 705 ; FF 2017 2535] et modification du 3 novembre 2021 du RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201 ; RO 2021 706]) n'ont pas touché les conditions du droit aux moyens auxiliaires de l'assurance-invalidité.

4. a) 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). Les assurés ont notamment droit à l'octroi de

moyens auxiliaires, quelles que soient les possibilités de réadaptation à la vie professionnelle ou à l'accomplissement de leurs travaux habituels (art. 8 al. 2 LAI).

b) Aux termes de l'art. 21 LAI, l'assuré a droit, d'après une liste que dressera le Conseil fédéral, aux moyens auxiliaires dont il a besoin pour exercer une activité lucrative ou accomplir ses travaux habituels, pour maintenir ou améliorer sa capacité de gain, pour étudier, apprendre un métier ou suivre une formation continue, ou à des fins d'accoutumance fonctionnelle (al. 1, première phrase). Par ailleurs, l'assuré qui, par suite de son invalidité, a besoin d'appareils coûteux pour se déplacer, établir des contacts avec son entourage ou développer son autonomie personnelle, a droit, sans égard à sa capacité de gain, à de tels moyens auxiliaires conformément à une liste qu'établira le Conseil fédéral (al. 2).

c) La liste des moyens auxiliaires fait l'objet d'une ordonnance du Département fédéral de l'intérieur (art. 14 RAI). L'art. 2 al. 1 OMAI (ordonnance du DFI [Département fédéral de l'intérieur] du 29 novembre 1976 concernant la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-invalidité ; RS 831.232.51) prévoit qu'ont droit aux moyens auxiliaires, dans les limites fixées par la liste en annexe, les assurés qui en ont besoin pour se déplacer, établir des contacts avec leur entourage ou développer leur autonomie personnelle. L'annexe de l'OMAI comprend notamment, pour les personnes aveugles et les graves handicapés de la vue, la prise en charge des cannes blanches et de systèmes de navigation pour piétons (ch. 11.01).

d) A teneur du ch. 2101 CMAI (Circulaire concernant la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-invalidité édictée par l'OFAS [Office fédéral des assurances sociales], dans sa teneur en vigueur au 1^{er} janvier 2025), des cannes blanches sont remises aux personnes aveugles ou gravement handicapées de la vue. À l'occasion de la première remise, un entraînement de l'orientation et de la motricité de 50 heures au maximum devra être ordonné. Si des entraînements supplémentaires sont encore nécessaires au-delà, le spécialiste de l'orientation et de la mobilité établit un rapport écrit à l'intention de l'office AI.

e) La prise en charge de tout moyen auxiliaire doit répondre aux critères de simplicité et d'adéquation (art. 8 al. 1 et 21 al. 3 LAI), lesquels sont l'expression du principe de proportionnalité. Ils supposent, d'une part, que la prestation en cause soit propre à atteindre le but fixé par la loi et apparaisse nécessaire et suffisante à cette fin et, d'autre part, qu'il existe un rapport raisonnable entre le coût et l'utilité du moyen auxiliaire, compte tenu de l'ensemble des circonstances de fait et de droit du cas particulier. Dans ce contexte, il convient notamment de prendre en considération l'importance de la réadaptation que le moyen auxiliaire devrait permettre d'atteindre et la durée pendant laquelle ce moyen pourra servir l'objectif de réadaptation (ATF 146 V 233 consid. 2.2 ; 134 I 105 consid. 3 ; 132 V 215 consid. 3.2.2 ; TF 9C_279/2015 du 10 novembre 2015 consid. 3.4 et les références citées).

5. Les personnes avec une acuité visuelle de moins de 0,05 sont considérées comme aveugles, même lorsqu'il reste une vue résiduelle ou une perception lumineuse. On admet qu'il y a un grave handicap de la vue lorsque l'assuré présente une acuité visuelle à distance corrigée bilatéralement de moins de 0.2 et une limitation bilatérale du champ visuel à 10 degrés à partir du centre (ch. 3013 CSI [circulaire sur l'impotence édictée par l'Office fédéral des assurances sociales, dans sa teneur en vigueur au 1^{er} janvier 2025]).

S'il existe à la fois une diminution de l'acuité visuelle et une limitation du champ visuel sans que les valeurs limites ne soient atteintes, on admettra tout de même une grave faiblesse de la vue lorsqu'elle entraîne les mêmes effets qu'une diminution de l'acuité visuelle ou une limitation du champ visuel dans les limites mentionnées (ch. 3014 CSI).

6. **a)** En vertu de l'art. 61 let. c LPGa, le tribunal apprécie librement les preuves 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 trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

b) 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 ; 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 ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; ATF 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées ; TF 8C_782/2023 du 6 juin 2024 consid. 4.2.1).

c) 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 ; TF 8C_228/2024 du 7 novembre 2024 consid. 4.2 ; TF 8C_816/2023 du 28 août 2024 consid. 3.2). Le juge des assurances ne peut ainsi, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il incombe à l'assuré 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 en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; TF 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ;

TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 précité consid. 6.1.2 et les références citées).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références ; TF 8C_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7 ; TF 8C_220/2024 du 4 octobre 2024 consid. 3.2).

7. a) En l'espèce, l'intimé a fondé sa décision de refus de prise en charge d'une canne blanche en se basant sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire d'A._____, auquel s'est rallié le SMR dans son avis du 4 mars 2025.

Dans leur appréciation consensuelle du 27 février 2025, les experts ont retenu les diagnostics d'ordre ophtalmologique de nystagmus congénital et d'astigmatisme hypermétropique bien corrigé, lesquels entraînaient des limitations fonctionnelles pour les activités exigeantes sur le plan visuel, soit les tâches minutieuses, nécessitant la manipulation de petits objets ou l'utilisation de machines dangereuses, ainsi que la conduite automobile. En d'autres termes, le collège d'expert est parvenu à la conclusion que le recourant n'est ni aveugle, ni gravement handicapé de la vue.

b) Dans un premier moyen, le recourant a contesté les conclusions de l'évaluation interdisciplinaire sur le plan ophtalmologique en se fondant sur les rapports établis par ses ophtalmologues traitants.

Il est constant que le recourant souffre de nystagmus congénital et d'astigmatisme hypermétropique. Ces diagnostics, posés de longue date, ont été confirmés par l'expert en ophtalmologie. Il est également admis par les ophtalmologues traitants que le recourant a pu, malgré ces atteintes, exercer des métiers exigeant l'usage de la vue, en particulier l'activité de chauffeur-livreur, dans la mesure où l'acuité visuelle était corrigée de manière satisfaisante (cf. courrier de la Prof. G. _____ du 30 octobre 2025). L'expert et les ophtalmologues traitants sont en revanche en désaccord quant à la baisse d'acuité visuelle, malgré la correction, et la restriction du champ visuel rapportées par le recourant dès 2021.

Sur ce point, il ressort des différents rapports de la Prof. G. _____ que la baisse d'acuité visuelle et la restriction du champ visuel dont se plaint le recourant est stationnaire depuis juin 2022 à tout le moins (cf. rapport de consultation de la Prof. G. _____ du 20 décembre 2022 et certificat pour l'impotence du 28 février 2024). De nombreux examens ont été mis en œuvre dès décembre 2021 par différents spécialistes de l'Hôpital E. _____ pour tenter d'expliquer cette dégradation, sans succès (cf. rapports de la Prof. G. _____ des 5 et 30 juin 2025). Or, dans son rapport d'expertise du 23 octobre 2024, le Dr BF. _____ a fait part de résultats d'examen de la vision plus faibles que ceux rapportés par les ophtalmologues traitants depuis plus de deux ans, en ce sens que la vision de loin corrigée était limitée à la numération des doigts à 1 m, non améliorable, des deux côtés. S'il a émis l'hypothèse que la diminution importante de l'acuité visuelle des deux yeux pouvait éventuellement être en rapport avec un changement d'amplitude ou de fréquence du nystagmus et a préconisé un dernier examen à cet égard, il n'en demeure pas moins qu'il a également relevé une composante fonctionnelle non organique surajoutée, dans la mesure où une autonomie dans les activités de la vie quotidienne était « impossible avec le degré d'acuité visuelle et le champ visuel [que l'expertisé] clame ». Par ailleurs, l'expert a observé des incohérences en procédant à l'examen du champ visuel et a conclu que ce champ visuel tunnelisé n'était pas physiologique. Il a ainsi retenu que, compte tenu des performances visuelles à l'examen, la capacité de travail

était nulle sur le plan strictement ophtalmologique, mais qu'il existait une composante fonctionnelle non organique surajoutée et qu'il lui était « absolument impossible de pouvoir déterminer quelle est la réelle fonction visuelle du patient ». Après avoir eu connaissance de vidéo de la surveillance mise en œuvre par l'intimé, le Dr BF. _____ a relevé dans son complément d'expertise du 21 novembre 2024 que ces éléments confirmaient ses doutes et l'existence d'une composante fonctionnelle non organique surajoutée, dès lors que le comportement du recourant était incompatible avec l'acuité visuelle résultant des tests.

Les ophtalmologues traitants n'ont pas eu connaissance des enregistrements de surveillance et ne se sont pas prononcés sur l'expertise. Leurs conclusions peuvent en outre être influencées par la relation thérapeutique qui les lie au recourant. Alors qu'ils restent sans explication médicale sur la dégradation soudaine de la vision alléguée par leur patient malgré de nombreux examens mis en œuvre dès fin 2021 et qu'ils n'envisagent plus d'autres mesures diagnostiques depuis 2024, ils ne se sont pas prononcés sur les éventuelles répercussions du status ophtalmologique sur les activités quotidiennes de leur patient. Leurs conclusions ne sont ainsi pas de nature à porter le doute sur celles de l'expert.

c) Dans un second moyen, le recourant a critiqué la prise en compte par l'expert de vidéos de surveillance enregistrées en septembre et octobre 2023, alors que son examen clinique datait d'octobre 2024.

En tant qu'elle tend à laisser entendre que sa vue se serait détériorée après la mesure de surveillance, cette argumentation tombe à faux. En effet, l'assuré a consulté fin 2021 en alléguant une dégradation progressive de sa vision dans le courant de l'année 2021, mais, comme déjà relevé (cf. supra, consid. 7b), le status clinique décrit par ses ophtalmologues est resté inchangé depuis juin 2022. En témoigne en particulier le certificat rempli par la Prof. G. _____ le 28 février 2024, qui faisait état des résultats d'un examen du 5 septembre 2023 et concluait que son patient présentait un grave handicap de la vue depuis le 21 juin

2022. Il n'existe ainsi aucun élément susceptible de mettre en doute le fait que les capacités visuelles montrées par le recourant sur les vidéos enregistrées en octobre 2023 étaient toujours d'actualité en octobre 2024 lorsqu'il a été examiné par le Dr BF._____. Celui-ci avait du reste déjà émis des doutes avant de visualiser les vidéos.

d) Le recourant ne peut pas davantage être suivi lorsqu'il évoque une contradiction dans les décisions prises à son encontre, en l'occurrence l'octroi de moyens auxiliaires par l'intimé les 14 octobre 2022 et 18 janvier 2023.

Certes, ces moyens auxiliaires sont destinés à des personnes gravement handicapées de la vue. L'intimé les a accordés à l'époque en se fiant aux rapports médicaux des médecins traitants. Mais la situation a changé depuis lors. L'absence d'explication médicale à la baisse d'acuité visuelle alléguée par le recourant et la discordance manifeste entre ces plaintes et son autonomie au quotidien ont amené l'intimé à mettre en œuvre une mesure de surveillance, puis une expertise médicale. Ces mesures d'instruction ont révélé les réels impacts des problèmes de vue du recourant sur sa vie quotidienne et celui-ci peut tout au plus se féliciter que l'intimé n'ait pas procédé à une reconsidération de ses précédentes décisions.

e) Il faut ainsi constater que le rapport d'expertise du Dr BF._____ du 23 octobre 2024 et son complément du 21 novembre 2024 répondent à tous les critères posés par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

Dans ces circonstances, l'intimé pouvait légitimement refuser de prendre en charge une canne blanche en faveur du recourant à titre de moyen auxiliaire.

9. a) En conclusion, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGa).

**Par ces motifs,
le juge unique
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 28 octobre 2025 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de B._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Mes Filip Banic et Radivoje Stamenkovic (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :