

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 juillet 2026

Composition : M. WIEDLER, président
Mmes Durussel et Livet, juges
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. 9 LPGa ; 42 LAI ; 37, 38 RAI

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. Il a fourni divers certificats médicaux d'incapacité de travail délivrés par les Drs G._____, spécialiste en neurochirurgie, et J._____, spécialiste en médecine interne générale, lesquels ont été invités par l'OAI à fournir des rapports à réitérées reprises durant l'instruction de cette demande.

B. Le 24 décembre 2021, la Dre K._____, 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 L._____, 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 (cf. courrier de la Dre K._____ du 24 décembre 2021).

Le Dr L._____ 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. M._____, médecin associée du service de F._____ 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 E._____ une consultation de 2001 avec une acuité visuelle limitée à 0.2 des deux côtés.

La doctoresse K. _____ 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. M. _____ et la Dre D. _____, 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 annexé.

Répondant le 5 août 2022 à un questionnaire médical de l'OAI, la Prof. M. _____ 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 déterminée. Elle a précisé qu'un potentiel de réorientation professionnelle 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 BC._____, 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 J._____, spécialiste en médecine interne générale, a mentionné le 31 janvier 2023 un état de santé stationnaire et une capacité de travail nulle dans toute activité. Il a joint plusieurs pièces médicales, dont un rapport de consultation de la Prof. M._____ 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 [sic] :

« 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 visuel 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 visuel 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. M._____ a répondu le 6 avril 2023 aux questions du SMR en indiquant que l'état de son patient 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. M._____ 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 BD._____, 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 et l'orthopédiste 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 au motif qu'il n'était pas possible de financer deux appareils qui feraient double emploi.

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. Il a indiqué qu'il avait besoin d'aide pour l'acte « se

déplacer/entretenir des contacts sociaux » depuis juin 2021, d'une aide pour identifier les médicaments et d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Il a indiqué qu'il avait besoin de l'aide d'un tiers pour tout déplacement extérieur par faible luminosité, dans les lieux inconnus, pour identifier les indicateurs visuels (noms de rue, horaires), pour se repérer dans les lieux inconnus ou avec foule, pour faire ses courses et pour reconnaître les visages. S'agissant du besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, il a renvoyé aux explications données pour l'acte « se déplacer/entretenir des contacts sociaux ». A cette demande 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. M. _____ 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.

Le 25 mars 2024, le Dr G. _____ a établi un « certificat de demande d'aide au ménage » attestant qu'en raison de son état de santé, l'assuré avait besoin de bénéficier d'une aide pour les besoins quotidiens pour une période de deux mois au minimum à partir du 25 mars 2024.

L'assuré 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 C. _____, 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'AE._____, laquelle a désigné le Dr BJ._____, spécialiste en médecine interne générale, le Dr I._____, spécialiste en rhumatologie, le Dr BK._____, spécialiste en ophtalmologie, la Dre BL._____, 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 BK._____ 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 BJ._____ a alors invité le Dr BK._____ 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
ceci est
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.
- « 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 ; incompatible avec la forte diminution de vision clamée par le patient.

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 S1 gauche en décembre 2019, avec description d'un conflit radiculaire L5 gauche, déficitaire d'un point de vue moteur
 - Hémilaminectomie 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 [sic] :

« 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 a 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 SMR a rendu un avis sur la demande d'allocation pour impotent le 1^{er} avril 2025, concluant que les conditions médicales concernant l'allocation pour impotent en cas de malvoyance n'étaient pas remplies eu égard au rapport de surveillance et à l'expertise ophtalmologique qui en tenait compte.

Le 2 avril 2025, l'OAI a établi un projet de décision prévoyant de refuser l'allocation pour impotent. Il était retenu que l'aide régulière d'un tiers pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie n'était pas nécessaire, que le besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie de deux heures par semaine en moyenne sur une période de trois mois n'était pas prouvé et que les conditions liées à la malvoyance n'étaient pas remplies.

L'assuré a déposé des objections le 7 avril 2025, dans lesquelles il exposait que ses problèmes de santé psychique et physique l'empêchaient d'effectuer des tâches quotidiennes simples, telles que les lessives ou encore les courses à partir d'un certain poids. Soutenant cette démarche, le Dr C._____, 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, permettant de modifier sa position.

Le 21 juin 2025, informant l'OAI de son intention de recourir contre la décision précitée, l'assuré a produit notamment une attestation de la Prof. M. _____ du 5 juin 2025, confirmant que l'assuré était malvoyant, qu'il présentait un nystagmus congénital et une amblyopie bilatérale, que l'acuité visuelle était diminuée, que le champ visuel montrait un sévère rétrécissement concentrique des deux côtés et que l'origine de cette modification n'était pas claire malgré de multiples investigations effectuées depuis 2022, mais que le patient pourrait bénéficier d'une canne blanche.

G. Sous la plume de Mes Filip Banic et Radivoje Stamenkovic, B. _____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal le 27 juin 2025, concluant principalement à la réforme de la décision en ce sens qu'une « rente d'impotence de degré sévère » lui est octroyée, subsidiairement à l'octroi d'une prestation de degré léger, plus subsidiairement à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants. Il a fait valoir qu'il était totalement dépendant d'un tiers pour sortir de chez lui, pour assurer ses activités de la vie quotidienne ou pour ses correspondances en raison d'un grave handicap de la vue.

Le recourant a produit des pièces le 3 août 2025, parmi lesquelles figurait un rapport de l'ergothérapeute CF. _____ 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.

Au terme de sa réponse du 22 août 2025, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision litigieuse en se référant aux conclusions de l'expertise pluridisciplinaire du 27 février 2025, au rapport d'observation du 12 octobre 2023, ainsi qu'à l'avis SMR du 1^{er} avril 2025.

Le recourant a produit de nouvelles pièces le 2 septembre 2025, dont un rapport établi le 30 juin 2025 par la Prof. M._____, 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 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 CJ._____. Dans ce contexte, une activité professionnelle adaptée à sa malvoyance reste tout à fait envisageable.

(...) »

Les pièces produites par le recourant ont été soumises à l'intimé, qui a confirmé ses conclusions en se déterminant comme suit le 25 septembre 2025 :

« (...)

Nous observons que les documents transmis ne sont pas susceptibles de remettre en cause notre position quant à l'allocation pour impotent de degré faible. Nous rappelons à toutes fins utiles que l'allocation de moyens auxiliaires procurant à la personne atteinte dans sa santé une certaine autonomie prime sur l'octroi d'une allocation pour impotent dans la mesure où à l'aide de tels dispositifs, elle peut se consacrer entièrement ou partiellement à des actes ordinaires de la vie.

(...) »

H. Le dossier remis par l'intimé avec sa réponse contenait encore les pièces suivantes :

- Un projet de décision du 19 mai 2025 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.
- Les objections de l'assuré du 28 mai 2025, à l'encontre du projet de décision de refus de prise en charge d'une canne blanche du 19 mai 2025 et l'écriture complémentaire du 23 juin 2025 de Mes Filip Banic et Radivoje Stamenkovic.
- Un projet de décision du 13 juin 2025, par lequel l'intimé prévoyait 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.
- Les objections de l'assuré du 23 juin 2025 contre le projet de décision de refus de rente et de mesures professionnelles du 13 juin 2025.

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.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une allocation pour impotent.

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) Aux termes de l'art. 9 LPGa, est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à la santé, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne.

Selon l'art. 42 al. 1 LAI, les assurés impotents (art. 9 LPGa) qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGa) en Suisse ont

droit à une allocation pour impotent. L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (al. 2). L'art. 42 al. 3 LAI prévoit qu'est aussi considérée comme impotente la personne vivant chez elle qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a durablement besoin d'un accompagnement lui permettant de faire face aux nécessités de la vie. Si l'atteinte à la santé est uniquement psychique, la personne n'est réputée impotente que si elle a droit à une rente. Si une personne n'a durablement besoin que d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, l'impotence est réputée faible. L'art. 42^{bis} al. 5 LAI est réservé.

b) L'art. 37 al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) prévoit que l'impotence est grave lorsque l'assuré est entièrement impotent. Tel est le cas s'il a besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour tous les actes ordinaires de la vie et que son état nécessite, en outre, des soins permanents ou une surveillance personnelle.

c) A teneur de l'art. 37 al. 2 RAI, l'impotence est moyenne si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin : d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie (let. a) ; d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et, en outre, d'une surveillance personnelle permanente (let. b) ; ou d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et, en outre, d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (let. c).

d) Conformément à l'art. 37 al. 3 RAI, l'impotence est faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin : de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie (let. a) ; d'une surveillance personnelle permanente (let. b) ; de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, en raison de son infirmité (let. c) ; de services considérables et réguliers de tiers lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une grave infirmité corporelle, il ne peut entretenir des contacts sociaux avec son

entourage que grâce à eux (let. d) ; ou d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (let. e).

e) L'allocation pour impotent est octroyée au plus tôt à la naissance. Le droit naît dès qu'une impotence de degré faible au moins existe depuis une année sans interruption notable (art. 42 al. 4 LAI). Pour les assurés âgés de moins d'un an, le droit à l'allocation pour impotent prend naissance dès qu'il existe une impotence d'une durée probable de plus de douze mois (art. 42bis al. 3 LAI).

5. a) Les actes élémentaires de la vie quotidienne comprennent, selon la jurisprudence (ATF 133 V 450 consid. 7.2), les six actes ordinaires suivants :

- se vêtir et se dévêtir ;
- se lever, s'asseoir et se coucher ;
- manger ;
- faire sa toilette (soins du corps) ;
- aller aux toilettes ;
- se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur, et établir des contacts.

De manière générale, n'est pas réputé apte à un acte ordinaire de la vie l'assuré qui ne peut l'accomplir que d'une façon non conforme aux mœurs usuelles (ATF 121 V 88 consid. 6c). Si une personne assurée ne peut accomplir un acte ordinaire de la vie que d'une manière inhabituelle ou au prix d'un effort déraisonnable, on ne peut pas encore en déduire directement qu'elle a besoin d'aide et donc qu'elle est impotente au sens de l'art. 9 LPG. Il est bien plutôt nécessaire que la personne assurée puisse accomplir l'acte de la vie en question avec l'aide d'un tiers d'une manière qui, par rapport à l'exercice autonome, corresponde aux usages habituels, respectivement implique moins d'efforts (ATF 150 V 83 consid. 4.3.2). Il n'y a pas d'impotence lorsque l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie est seulement rendu plus difficile ou ralenti par l'atteinte à la santé (TF 9C_283/2021 du 7 mars 2022 consid. 5.2.1 et la référence).

Il ne peut y avoir d'impotence en relation avec des actes qui ne doivent pas être assumés quotidiennement (ATF 147 V 35 consid. 9.2.3 ; TF 9C_524/2023 du 20 mars 2024 consid. 6.2).

b) Pour qu'il y ait nécessité d'assistance dans l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie comportant plusieurs fonctions partielles, il n'est pas obligatoire que la personne assurée requière l'aide d'autrui pour toutes ou la plupart de ces fonctions partielles ; il suffit bien au contraire qu'elle ne requière l'aide d'autrui que pour une seule de ces fonctions partielles (ATF 148 V 28 consid. 6.5.1 ; 121 V 88 consid. 3c ; 117 V 146 consid. 2). Les fonctions partielles d'un acte ordinaire de la vie ne peuvent toutefois être prises en considération qu'une fois en tout lorsque l'assuré a besoin de l'aide d'autrui pour accomplir ces fonctions dans plusieurs actes ordinaires (TF 8C_314/2022 du 15 décembre 2022 consid. 3.3 et la référence).

c) L'aide est régulière lorsque l'assuré en a besoin chaque jour ou pourrait éventuellement (de manière non prévisible) en avoir besoin chaque jour. L'aide est importante lorsque l'assuré ne peut plus accomplir au moins une fonction partielle d'un acte ordinaire de la vie, ou qu'il ne peut le faire qu'au prix d'un effort excessif ou d'une manière inhabituelle, ou encore qu'il ne peut l'accomplir sans incitation particulière en raison de son état psychique (ATF 117 V 146 consid. 3b ; TF 8C_533/2019 du 11 décembre 2019 consid. 3.2.3 et les références citées ; TF 9C_560/2017 du 17 octobre 2017 consid. 4.3 ; ch. 2010 à 2014 CSI [Circulaire sur l'impotence]).

6. a) Selon l'art. 38 al. 1 RAI, le besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie existe lorsque l'assuré majeur ne vit pas dans une institution mais ne peut pas, en raison d'une atteinte à la santé : vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'une tierce personne (let. a) ; faire face aux nécessités de la vie et établir des contacts sociaux sans l'accompagnement d'une tierce personne (let. b) ; ou éviter un risque important de s'isoler durablement du monde extérieur (let. c).

Cet accompagnement ne comprend ni l'aide de tiers pour les six actes ordinaires de la vie, ni les soins ou la surveillance personnelle. Il représente bien plutôt une aide complémentaire et autonome, pouvant être fournie sous forme d'une aide directe ou indirecte à des personnes atteintes dans leur santé physique, psychique ou mentale (ATF 133 V 450 ; TF 9C_308/2022 du 28 mars 2023 consid. 3.3).

b) Dans l'éventualité visée par l'art. 38 al. 1 let. a RAI, l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie doit permettre à la personne concernée de gérer elle-même sa vie quotidienne. Il intervient lorsque la personne nécessite de l'aide pour au moins l'une des activités suivantes : structurer la journée, faire face aux situations qui se présentent tous les jours (p. ex. problèmes de voisinage, questions de santé, d'alimentation et d'hygiène, activités administratives simples), et tenir son ménage (aide directe ou indirecte d'un tiers).

Dans l'éventualité visée par l'art. 38 al. 1 let. b RAI, l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie doit permettre à la personne assurée de quitter son domicile pour certaines activités ou rendez-vous nécessaires, tels les achats, les loisirs ou les contacts avec les services officiels, le personnel médical ou le coiffeur.

Dans l'éventualité visée par l'art. 38 al. 1 let. c RAI, l'accompagnement en cause doit prévenir le risque d'isolement durable ainsi que de la perte de contacts sociaux et, par là, la péjoration subséquente de l'état de santé de la personne assurée (TF 9C_308/2022 du 28 mars 2023 consid. 3.3). Le risque purement hypothétique d'isolement du monde extérieur ne suffit pas ; l'isolement de la personne assurée et la détérioration subséquente de son état de santé doivent au contraire s'être déjà manifestés. L'accompagnement nécessaire consiste à s'entretenir avec la personne en la conseillant et à la motiver pour établir ces contacts, par exemple en l'emmenant assister à des rencontres (ATF 133 V 450 consid. 9 ; TF 9C_543/2007 du 28 avril 2008 consid. 5.2.1). L'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie a pour but d'éviter que des personnes ne soient complètement laissées à l'abandon ou ne doivent être placées dans

un home ou une clinique. Les prestations d'aide prises en considération doivent poursuivre cet objectif. L'aide d'un tiers doit permettre à l'assuré de vivre chez lui de manière autonome. Le fait que l'assuré effectue certaines activités plus lentement ou avec peine ou uniquement à certains moments ne signifie pas qu'il devrait être placé en home ou dans une clinique s'il n'avait pas d'aide pour ces tâches ; ce besoin d'aide ne doit donc pas être pris en compte (ch. 2087 CSI).

c) La prise en considération de certaines aides à double titre n'est pas admissible puisque l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie constitue une aide complémentaire et autonome par rapport à l'aide pour accomplir les six actes ordinaires de la vie. L'aide déjà prise en compte sous l'angle du besoin d'assistance pour ces actes ne peut fonder un droit à une allocation au sens de l'art. 38 RAI (TF 9C_688/2014 du 1^{er} juin 2015 consid. 3.6 et les références citées).

d) L'accompagnement est régulier lorsqu'il est nécessaire en moyenne au moins deux heures par semaine (ch. 2012 CSI [jusqu'au 31 décembre 2021, ch. 8053 CIIAI]). Le Tribunal fédéral a reconnu que cette notion de la régularité était justifiée d'un point de vue matériel et partant conforme aux dispositions légales et réglementaires (ATF 133 V 450 consid. 6.2).

7. 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° à partir du centre (ch. 3013 CSI).

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).

8. 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).

9. a) En l'espèce, l'intimé a refusé d'octroyer une allocation pour impotent au recourant en se fondant en particulier sur les avis du SMR des 4 mars et 1^{er} avril 2025. Celui-ci se ralliait aux conclusions de l'expertise pluridisciplinaire d'AE._____, lesquelles tenaient compte du rapport de surveillance mis en œuvre par l'intimé. Le SMR a ainsi retenu, d'une part, que les atteintes à la santé du recourant n'étaient pas invalidantes et, d'autre part, que les conditions médicales pour l'octroi d'une allocation pour impotent en cas de malvoyance n'étaient pas remplies.

Bien qu'il ait mentionné tant ses atteintes dorsales qu'ophtalmologiques dans la rubrique sur l'atteinte à la santé de sa demande d'allocation pour impotent du 29 février 2024, le recourant y a uniquement fait part de difficultés résultant de ses problèmes de vue. Le

recourant a également axé son recours exclusivement sur la reconnaissance d'un grave handicap de la vue, de sorte qu'il a principalement conclu à l'octroi d'une allocation pour impotent de degré faible au sens de l'art. 37 al. 3 let. d RAI.

b) 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'experts est parvenu à la conclusion que le recourant n'est ni aveugle, ni gravement handicapé de la vue.

Il est constant que le recourant souffre de nystagmus congénital et d'astigmatisme hypermétropique. Ces diagnostics, posés de longue date par les ophtalmologues de l'Hôpital E._____, ont été confirmés par l'expert en ophtalmologie mandaté par AE._____. 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. M._____ 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. M._____ 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. M._____ 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. M._____ des 5 et 30 juin 2025). Or, dans son rapport

d'expertise du 23 octobre 2024, le Dr BK._____ 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 tunnélisé 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 des vidéos de la surveillance mise en œuvre par l'intimé, le Dr BK._____ 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. Ce constat a amené les experts à prendre les conclusions précitées.

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 instiller un doute sur celles des experts. Une pleine valeur probante doit ainsi être reconnue aux conclusions de l'expertise d'AE._____, ce qui doit amener à retenir que le recourant ne présente pas une grave atteinte des organes sensoriels au sens de l'art. 37 al. 3 let. d RAI, excluant l'octroi d'une allocation pour ce motif.

10. a) Concernant les autres motifs d'octroi d'une allocation pour impotent, il est constant que, dans sa demande d'allocation et dans son mémoire de recours, le recourant n'a mentionné que l'acte « se déplacer/entretenir des contacts sociaux ». Un besoin d'aide pour au moins deux actes de la vie étant nécessaire pour ouvrir le droit à une allocation pour impotent de degré faible en vertu de l'art. 37 al. 3 let. a RAI, il n'y a pas lieu d'examiner plus avant si le recourant présente un besoin d'aide important et régulier pour cet acte.

b) Le recourant a par ailleurs allégué un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, susceptible en soit d'ouvrir le droit à une allocation pour impotent de degré faible en vertu de l'art. l'art. 37 al. 3 let. e RAI.

aa) Dans la demande d'allocation du recourant et dans son recours, le besoin d'accompagnement est motivé exclusivement par l'atteinte ophtalmologique, dont le caractère invalidant a été nié par les experts d'AE._____.

Au cours de l'expertise pluridisciplinaire, le recourant a été invité à décrire sa journée-type. Il a indiqué que ses enfants quittaient la maison le matin pour vaquer à leurs propres occupations et rentraient le soir pour le souper. Après leur départ, il fréquentait un atelier protégé le matin, rentrait manger chez lui à midi, puis retournait à l'atelier l'après-midi. Il a précisé qu'il aimait passer son temps libre à l'extérieur, notamment pour rencontrer ses amis et connaissances ou pour faire de longues promenades à pied. Cependant, il n'a pas mentionné devoir être accompagné systématiquement pour les nombreux déplacements

qu'implique cette journée-type, ni pour se rendre à ses rendez-vous médicaux. Les rapports de ses médecins traitants sont également muets sur ce point, bien qu'ils aient été spécifiquement interrogés par l'intimé. La surveillance mise en œuvre par l'intimé a permis de confirmer que le recourant est parfaitement autonome dans ses déplacements à l'extérieur de son domicile, malgré son atteinte oculaire. L'on ne perçoit ainsi ni nécessité d'un accompagnement pour vivre de manière indépendante, ni besoin d'aide pour faire face aux nécessités de la vie ou établir des contacts sociaux, ni risque d'isolement durable en raison de l'atteinte ophtalmique.

bb) Dans ses objections du 7 avril 2025 au projet de décision refusant l'allocation pour impotent, le recourant s'était prévalu du rapport établi le même jour par le Dr C._____, pour alléguer que ses atteintes psychiques et physiques l'empêchaient d'accomplir des tâches quotidiennes simples, telles que la lessive ou les courses à partir d'un certain poids.

Dépourvu de constatations cliniques, ce rapport retenait une incapacité de travail motivée principalement par les atteintes somatiques, ce qui sort du champ de compétence de son auteur. Il n'est ainsi pas de nature à instiller un doute sur le volet psychiatrique de l'expertise pluridisciplinaire 27 février 2025. A ce propos, il convient de relever qu'au terme de son analyse, la Dre BL._____ a retenu uniquement le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Discutant le premier rapport du psychiatre traitant, établi le 1^{er} juillet 2024, dans lequel était posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen, l'experte psychiatre mandatée par AE._____ a conclu que les éléments anamnestiques d'un tel diagnostic n'étaient pas présents au moment de son examen, tandis que le dosage sanguin suggérait que l'intéressé ne prenait pas la médication prescrite. Elle a par ailleurs procédé à l'étude des différents indicateurs conformément à la jurisprudence topique et n'a retenu aucune limitation fonctionnelle. Elle s'est fondée sur une anamnèse complète, incluant la description par le recourant de sa journée-type. Outre le déroulement de la journée-type rappelé ci-dessus (consid. 10b/aa), il convient de relever que l'intéressé a déclaré qu'il gérait ses affaires

administratives et financières avec l'aide de sa fille et d'une association, que les tâches ménagères étaient partagées entre lui-même et ses deux enfants, qui en effectuaient la plus grande partie, qu'il s'occupait partiellement des repas ainsi que de la lessive, et qu'il faisait les courses en commandant par internet ou en utilisant un chariot. Il n'y a ainsi pas d'élément permettant de retenir que le recourant serait limité dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie ou qu'il aurait besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie en raison d'une atteinte psychique.

Au demeurant, les difficultés alléguées pour la première fois dans ces objections et non reprises dans le recours, visaient plus certainement la problématique lombaire. Or, le recourant n'a émis aucune critique à l'égard des conclusions des expertises de médecine interne, de rhumatologie et de neurologie. Les limitations fonctionnelles retenues par l'expert en rhumatologie concernent les activités physiquement lourdes, définies par les notions de sollicitations répétitives, de positions statiques prolongées, d'exposition aux vibrations corporelles et de port de charges lourdes. Les activités de la vie quotidienne sont compatibles avec de telles limitations, moyennant certains aménagements raisonnablement exigibles, tels le recours aux livraisons à domicile ou l'usage d'un chariot pour les courses. En outre, comme relevé ci-dessus, le recourant a affirmé aux experts qu'il participait à l'entretien du linge, tandis que le rapport de surveillance d'octobre 2023 décrit le recourant se rendant dans un centre commercial, seul et en se déplaçant avec aisance, pour effectuer quelques courses dans une supérette, ou encore portant un paquet volumineux jusqu'à la Poste.

Ainsi, le besoin d'accompagnement dont se prévaut le recourant ne trouve pas non plus de justification sous l'angle des autres atteintes physiques et psychiques alléguées.

d) Dans sa demande d'allocation pour impotent, le recourant a encore mentionné un besoin d'aide médicale, pour identifier les médicaments.

Ce besoin d'aide n'est pas étayé. Certes, une médication antalgique est prescrite au recourant pour les douleurs lombaires. Pour le surplus, il ressort des rapports des ophtalmologues consultés par le recourant qu'aucun traitement spécifique n'a été mis en place. En outre, une médication a été prescrite par le psychiatre, mais le test sanguin effectué dans le cadre de l'expertise a indiqué que ce traitement n'était pas ou plus pris. Quoi qu'il en soit, il faut tenir compte, d'une part, du fait que les médicaments sont délivrés dans des formes galéniques spécifiques, destinées justement à ce que les patients puissent les reconnaître aisément, et que de nombreux médicaments sont délivrés dans des emballages comprenant des indications en braille. D'autre part, il est constant que les pharmacies peuvent également remettre les prescriptions directement dans des semainiers. Cet élément relève ainsi des soins médicaux, ce qui exclut de le prendre en compte en tant que besoin d'accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 37 al. 3 let. e RAI.

e) Ainsi, c'est à juste titre que l'intimé a rejeté la demande d'allocation pour impotent présentée par le recourant, sans mettre en œuvre une enquête à domicile. Une telle enquête n'était pas nécessaire compte tenu des éléments révélés par la mesure de surveillance et par l'expertise pluridisciplinaire, ce que le recourant n'a du reste pas critiqué.

11. 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,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 27 mai 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 président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, 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 :