COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 octobre 2026

Composition : M. WIEDLER, président
Mmes Durussel et Livet, juges
Greffière : Mme Jeanneret

*****

Cause pendante entre :

B._____, à C***, 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. 6, 7, 8 al. 1, 16 LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 1, 28a al. 1, 29 al. 1 LAI ; 25 ss RAI

E n f a i t :

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 % pour l'entreprise J._____ SA.

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 15 novembre 2021. Il a fourni divers certificats médicaux d'incapacité de travail délivrés notamment par les Drs K._____, spécialiste en neurochirurgie, et L._____, spécialiste en médecine interne générale.

Le 24 décembre 2021, la Dre M._____, 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 N._____, 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 M._____ du 24 décembre 2021).

Le Dr K._____ a rempli un questionnaire médical de l'OAI le 2 mars 2022, renvoyant aux évaluations des ophtalmologues consultés par l'assuré, ainsi qu'à ses rapports de consultation des 12 août 2021 préconisant une intervention chirurgicale, ainsi que des 11 octobre 2021 et 11 novembre 2021, son compte-rendu opératoire du 19 août 2021 relatif à une hémilaminectomie L4-L5 gauche et microséquestrectomie, sa lettre de sortie du 23 août 2021, un rapport d'IRM (imagerie par résonance magnétique) de la colonne dorso-lombaire du 11 octobre 2021.

Le Dr L._____ a remis un rapport médical détaillé UE/AELE daté du 24 février 2022, dans lequel il a fait état de lombalgie et d'une

capacité de travail de 50 % dans une activité légère adaptée aux limitations fonctionnelles usuelles du rachis.

J._____ SA a complété le questionnaire pour l'employeur le 25 février 2022, indiquant notamment que le salaire annuel brut versé depuis le 1er janvier 2020 était de 66'004 fr. 15.

Le Dr N._____ 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. D._____, médecin associée du service 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 M._____ 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 parait indiqué. Je te laisse bien entendu juge de la nécessité d'un bilan complémentaire par imagerie cérébrale.
> (…) »

Le 25 mai 2022, l'OAI a reçu une copie du dossier de l'assureur perte de gain en cas de maladie, lequel contenait notamment un rapport d'IRM de la colonne lombaire du 27 janvier 2020, un rapport de consultation du 28 avril 2020 de l'Unité G._____ du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) et un rapport de consultation du Dr K._____ du 28 avril 2022, concluant comme suit :

> « Conclusion et proposition :
> Dans ce contexte, nous avons discuté d'une possibilité de remplacement du disque par une intervention chirurgicale de stabilisation et fusion par voie postérieure. Cependant, le patient a présenté une baisse importante de l'acuité visuelle depuis une année environ. Il ne peut plus lire le journal qu'il lisait avant. L'origine de cette diminution de l'acuité visuelle a été investiguée mais reste sans explication ophtalmologique. Un complément est en cours et le patient devra être revu à l'Hôpital E._____ par la Professeure D._____. Je reste en attente de cette évaluation afin d'avoir le feu vert pour procéder chirurgicalement à l'intervention chirurgicale de stabilisation par voie postérieure. Je crains effectivement qu'une narcose sans avoir identifié la cause de la diminution de la vision puisse aggraver le status E._____ actuel. Entre-temps, j'ai prescris une nouvelle série de séances de physiothérapie et ai prolongé l'incapacité de travail du patient à 100 % jusqu'à la fin du mois de mai. »

Dans un rapport de consultation du 6 juillet 2022, la Prof. D._____ et la Dre AE._____, 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. D._____ 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 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.

Dans ses réponses du 16 septembre 2022 à des questions complémentaires de l'OAI, le Dr K._____ a conclu à une incapacité de travail totale dans toute activité, en se référant notamment à ses rapports de consultation des 28 avril, 16 mai et 4 août 2022. Dans ce dernier rapport, il confirmait qu'il restait dans l'attente d'un feu vert de la Prof. D._____ avant de procéder à une nouvelle intervention chirurgicale de stabilisation par voie postérieure, celle-ci ne présentant de toute manière pas de caractère d'urgence car l'assuré n'était pas neurologiquement déficitaire. Le Dr K._____ a ensuite établi un rapport de consultation le 25 octobre 2022, exposant en particulier ce qui suit :

> « L'histoire de l'affection vous est connue, le patient avait été opéré d'une laminectomie L4-L5 gauche en août 2021 dans le cadre d'une radiculopathie algique non déficitaire L5 gauche. L'évolution postopératoire avait été immédiatement favorable, néanmoins il a présenté des lombalgies qui sont devenues chroniques dues à une insuffisance segmentaire L4-L5 avec altérations inflammatoires des plateaux vertébraux. Cette condition pourrait être traitée chirurgicalement par une stabilisation et fusion L4-L5 par voie postérieure et mise en place d'une cage intersomatique. Cette procédure avait été proposée mais ne présente pas un caractère obligatoire.
>
> Tout dépend de l'évolution clinique des lombalgies qui jusqu'à maintenant semblent être favorable car le patient n'a pas repris son activité professionnelle de livreur de meubles. Il soulève dans son activité des charges, qui parfois pèsent jusque à 80 kg. Son incapacité de travail actuelle est en partie liée à son problème ophtalmologique dont vous avez reçu les rapports. L'étiologie de la diminution de l'acuité visuelle reste obscure et je n'ai pas reçu de courrier par rapport à une proposition thérapeutique précise.
>
> En ce qui concerne le problème du dos, j'encourage le patient à rester dans une position conservatrice car la symptomatologie douloureuse apparaît tout à fait supportable sans médicament anti-inflammatoire. Actuellement, il recourt à du Dafalgan comme antidouleur et de façon non constante. En d'autres termes, l'intervention chirurgicale de stabilisation ne doit pas être prise en considération tant que la symptomatologie reste acceptable, ce qui est actuellement le cas. »

Entretemps, avec l'aide de l'ergothérapeute S._____, 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 lunette 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 que 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.

Interrogé par l'OAI, le Dr L._____ a fait part le 31 janvier 2023 d'un état de santé stationnaire et d'une capacité de travail nulle dans toute activité. Il a joint notamment les pièces médicales suivantes :

- Un rapport de consultation du Dr K._____ du 27 décembre 2022, dont il ressort que l'assuré avait vu un bénéfice très important des séances de physiothérapie dans l'eau, de sorte qu'une nouvelle intervention chirurgicale n'était plus d'actualité et que l'invalidité était principalement liée au problème ophtalmique.

- Un rapport de consultation de la Prof. D._____ 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.

L'assuré a par ailleurs produit un nouveau rapport de consultation du Dr K._____ du 30 janvier 2023, dans lequel celui-ci précisait que la décision pour une intervention chirurgicale d'arthrodèse avait été postposée en raison de la maladie ophtalmique de l'assuré, par crainte qu'une anesthésie générale en décubitus ventral puisse aggraver la fonction visuelle résiduelle, et qu'il prescrivait un hypnotique compte tenu des difficultés d'endormissement.

Prenant connaissance du dossier, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a conclu comme suit le 28 mars 2023 [sic] :

> « Discussion : (…) Concernant l'atteinte du rachis, il persistait des douleurs postopératoires, avec une imagerie sans particularité, d'après le dernier [rapport médical] du Dr K._____, il existe une évolution favorable des douleurs suite à la physiothérapie dans l'eau ne nécessitant plus que des antalgiques du palier 1 à la demande, ainsi l'orthopédiste écarte une réintervention en absence d'une atteinte déficitaire. 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 entrainer des répercussions significatives sur les « acte de la vie quotidienne », en dehors de la conduite automobile. Concernant l'atteinte du rachis qui ne bénéficie que des antalgiques du palier 1 à la demande, sans atteinte déficitaire nous peinons à comprendre également une [capacité de travail dans une activité adaptée] à 0 % retenue par le médecin traitant et ceci en absence de [limitations fonctionnelles] justifiant une [capacité de travail] nulle dans toute activité.
> (…) »

La Prof. D._____ 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 Dr K._____ a fait de même le 19 avril 2023. Précisant que le traitement actuel était une physiothérapie en piscine et du Stilnox, il a conclu à une capacité de travail nulle dans toute activité et s'est référé pour le surplus aux pièces jointes constituées de ses rapports de consultation des 27 décembre 2022 et 30 janvier 2023, de ses certificats d'incapacité de travail, ainsi que du rapport de consultation de la Prof. D._____ du 20 décembre 2022.

Le Dr L._____ a, pour sa part, confirmé le 26 avril 2023 que l'état de l'assuré était stationnaire, que les limitations fonctionnelles liées à la vision empêchaient tout travail autre qu'occupationnel, que les limitations fonctionnelles usuelles du rachis étaient toujours d'actualité et que la capacité de travail était nulle dans toute activité.

L'employeur de l'assuré a résilié les rapports de travail pour le 25 mai 2023, selon courrier du 29 mars 2023.

Le SMR a émis de nouveaux avis. Le 13 juin 2023 il a constaté, en particulier, que la Prof. D._____ n'avait pas apporté de précision en dehors de l'absence de diagnostic, que le Dr K._____ n'expliquait pas l'incapacité de travail totale à laquelle il concluait et qu'aucun médecin réinterrogé ne se prononçait sur la répercussion de l'atteinte ophtalmique sévère sur les activités de la vie quotidienne. Le 11 septembre 2023, il a préconisé la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire comprenant l'ophtalmologie, la rhumatologie ou l'orthopédie, la médecine physique, ainsi que la psychiatrie, afin de préciser les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, l'évolution de la capacité de travail et les limitations fonctionnelles.

Le 12 septembre 2023, avec l'aide de l'ergothérapeute W._____, 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 X._____. 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 X._____ 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 un 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.

Le 29 février 2024, l'assuré a déposé auprès de l'OAI une demande d'allocation pour impotent, en lien avec ses atteintes dorsale et ophtalmologique. 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 d'accompagnement 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. D._____ 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 K._____ 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 1er juillet 2024, précisant qu'il suivait l'assuré depuis décembre 2023, le Dr de Y._____, 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 2021 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'Unité d'expertise O._____, laquelle a désigné le Dr Z._____, spécialiste en médecine interne générale, le Dr U._____, spécialiste en rhumatologie, le Dr BB._____, spécialiste en ophtalmologie, la Dre BC._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ainsi que le Dr AA._____, spécialiste en neurologie. En vue d'établir leur appréciation pluridisciplinaire, les experts ont rédigé chacun un rapport d'expertise dans leur spécialité. Le Dr BB._____ 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 Z._____ a alors invité le Dr BB._____ 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 :

> « 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 examen du 22 octobre 2024 (acuité visuelle limitée à la numération des doigts à 1 m aux deux yeux, restriction sévère du champ visuel aux deux yeux) sont incompatibles avec la déambulation de ce patient hors de son domicile, de plus avec une très bonne vitesse de marche. Sur la vidéo n° 29, il traverse sans encombre une route sur laquelle des véhicules 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 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 ClF-APP par l'experte psychiatre. »

Les experts ont par ailleurs évalué comme suit la capacité de travail de l'assuré :

> « De façon consensuelle et en prenant en considération l'ensemble des limitations décrites, les incapacités de travail qui se chevauchent, nous pouvons retenir les périodes suivantes :
>
> - Activité habituelle : capacité de travail de 0 %, incapacité de travail de 100 % depuis 2021 jusqu'à actuellement, principalement pour des raisons rhumatologiques, neurologiques et ophtalmologiques.
>
> - Dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles :
>   - o Capacité de travail de 0 % pendant la période pré- et post-opératoire concernant l'opération lombaire du 19.09.2021 : de mai 2021 jusqu'à décembre 2021 (4 mois post-opératoires).
>   - o Capacité de travail de 100 % de janvier 2022 à novembre 2023.
>   - o Capacité de travail de 0 % dès décembre 2023 jusqu'en août 2024 au plus tard pour des raisons psychiatriques.
>   - o Capacité de travail de 100 % depuis le début de la présente expertise, septembre 2024. »

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 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. »

Le SMR a ensuite établi un avis sur la demande d'allocation pour impotent le 1er avril 2025, concluant que les conditions médicales concernant l'allocation pour impotent pour malvoyant 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 rapport final et deux calculs du degré d'invalidité valables pour les années 2022 et 2024. Le même jour, il a rendu un projet de décision prévoyant de rejeter la demande d'allocation pour impotent du recourant. Un projet de décision prévoyant de refuser la prise en charge d'une canne blanche a ensuite été notifié le 19 mai 2025.

Le 13 juin 2025, l'OAI a établi 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 s'élevait à 10 %, taux 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 1er décembre 2023 au 31 août 2024, le degré d'invalidité au 1er septembre 2024 étant à nouveau de 10 %.

L'assuré a contesté les trois projets de décision précités et a produit à cette fin, notamment, les pièces médicales suivantes :

- Un rapport du Dr de Y._____ du 7 avril 2025 , exposant 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.

- Un rapport de l'ergothérapeute [...] 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. D._____ 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.

- Un rapport établi le 30 juin 2025 par la Prof. D._____, 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'Hôpital 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 BJ._____. Dans ce contexte, une activité professionnelle adaptée à sa malvoyance reste tout à fait envisageable.
> (...) »

- Un rapport établi le 30 octobre 2025 par la Prof. D._____, dans lequel elle a donné les réponses suivantes aux questions du mandataire de son patient :

> « (...)

Pour répondre à vos questions :

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.

(…) »

Dans un avis médical du 1er décembre 2025, le SMR a conclu qu'il n'était pas apporté d'éléments médicaux nouveaux susceptibles de modifier les conclusions de son rapport du 4 mars 2025.

Entretemps, l'OAI a confirmé le rejet des demandes d'allocation pour impotent et de prise en charge d'une canne blanche par décisions des 27 mai 2025, respectivement 28 octobre 2025, contre lesquelles l'assuré a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Ces deux recours ont été rejetés (arrêt CASSO 569 du 23 juillet 2026, respectivement arrêt CASSO 530 du 20 juillet 2026).

Par décision du 12 mars 2026, confirmant son projet du 13 juin 2025, l'OAI a rejeté la demande de mesures professionnelles et de rente d'invalidité. Dans une prise de position du même jour, réputée faire partie intégrante de la décision, il s'est référé à l'avis SMR du 1er décembre 2025 et a indiqué que la contestation n'avait pas apporté d'élément susceptible de remettre le bien-fondé de sa décision.

B. Sous la plume de Mes Filip Banic et Radivoje Stamenkovic, B._____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal le 17 avril 2026, concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui est servie à compter du 16 novembre 2021, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé

pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants. En substance, il a contesté la valeur probante du volet ophtalmique de l'expertise O._____, au motif que l'expert avait procédé à un revirement dans son analyse sans l'expliquer médicalement. Il a par ailleurs contesté le calcul du degré d'invalidité établi par l'intimé, faisant valoir notamment que la statistique utilisée pour déterminer le revenu avec invalidité portait sur des activités impliquant de bonnes facultés visuelles.

L'intimé a déposé une réponse le 28 mai 2026, au terme de laquelle il a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée en se référant au rapport d'expertise pluridisciplinaire du 27 février 2025 ainsi qu'aux avis SMR des 4 mars et 1er décembre 2025.

La réponse de l'intimé a été communiquée pour information au recourant le 1er juin 2026.

E n d r o i t :

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 rente d'invalidité.

3. **a)** Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1er janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est postérieure au 1er janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1er janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1er juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

b) En l'occurrence, la requête a été déposée en novembre 2021, de sorte que le nouveau droit est applicable.

4. **a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

c) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

d) aa) L'art. 25 RAI concrétise les art. 28a al. 1 LAI et 16 LPGA. D'après l'art. 25 al. 1 RAI, est réputé revenu au sens de l'art. 16 LPGA le revenu annuel présumable sur lequel les cotisations seraient perçues en vertu de la LAVS (loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10), à l'exclusion toutefois : des prestations accordées par l'employeur pour compenser des pertes de salaire par suite d'accident ou de maladie entraînant une incapacité de travail dûment prouvée (let. a) ; des indemnités de chômage, des allocations pour perte de

gain au sens de la LAPG (loi fédérale du 25 septembre 1952 sur les allocations pour perte de gain ; RS 834.1) et des indemnités journalières de l'assurance-invalidité (let. b). Selon l'art. 25 al. 2 RAI, les revenus déterminants au sens de l'art. 16 LPGA sont établis sur la base de la même période et au regard du marché du travail suisse. En vertu de l'art. 25 al. 3 RAI, si les revenus déterminants sont fixés sur la base de valeurs statistiques, les valeurs médianes de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique font foi. D'autres valeurs statistiques peuvent être utilisées, pour autant que le revenu en question ne soit pas représenté dans l'ESS. Les valeurs utilisées sont indépendantes de l'âge et tiennent compte du sexe. D'après l'art. 25 al. 4 RAI, les valeurs statistiques visées à l'al. 3 sont adaptées au temps de travail usuel au sein de l'entreprise selon la division économique ainsi qu'à l'évolution des salaires nominaux.

Le moment déterminant pour établir les revenus avec et sans invalidité est celui de la naissance du droit éventuel à une rente d'invalidité (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222 ; TF 9C_766/2023 du 13 février 2024 consid. 5.1).

bb) Le revenu sans invalidité (art. 16 LPGA) est déterminé en fonction du dernier revenu de l'activité lucrative effectivement réalisé avant la survenance de l'invalidité (art. 26 al. 1, première phrase, RAI). Le revenu sans invalidité doit être adapté à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex : TF 8C_659/2022 & 8C_707/2022 du 2 mai 2023 consid. 4.2.1 et les références).

cc) Si l'assuré ne réalise pas de revenu déterminant ou n'exploite pas autant que possible sa capacité fonctionnelle résiduelle en exerçant une activité qui peut raisonnablement être exigée de lui, le revenu avec invalidité est déterminé en fonction des valeurs statistiques visées à l'art. 25 al. 3 RAI (art. 26bis al. 1 et 2 RAI).

Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347 ; voir également TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2).

Edicté sur la base de l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 26bis al. 3 RAI, dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 2022 au 31 décembre 2023, énonce que si, du fait de l'invalidité, les capacités fonctionnelles de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 1bis RAI ne lui permettent de travailler qu'à un taux d'occupation de 50 % ou moins, une déduction de 10 % pour le travail à temps partiel est opéré sur la valeur statistique. Le Tribunal fédéral a estimé que cette disposition réglementaire était contraire au système légal et que, lorsque le revenu avec invalidité est déterminé sur la base de données statistiques, il convient d'examiner également la pertinence d'un éventuel abattement dû à l'atteinte à la santé conformément à la jurisprudence en vigueur avant le 1er janvier 2022 (ATF 150 V 410 consid. 9 et 10). Il y a lieu, en ce sens, de tenir compte de facteurs liés à la personne assurée susceptibles de réduire ses perspectives salariales, tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Sur la base d'une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalide, la jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au plus (ATF 148 V 174 consid. 6.3 ; 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75 consid. 5b/bb-cc), ce y compris l'éventuelle déduction de 10 % pour le travail à temps partiel (lettre circulaire AI n° 445 du 26 août 2024 de l'Office fédéral des assurances sociales).

Dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2024, l'art. 26bis al. 3 RAI prévoit qu'une déduction de 10 % est opérée sur la valeur statistique visée à l'al. 2. Si, du fait de l'invalidité, l'assuré ne peut travailler qu'avec une capacité fonctionnelle au sens de l'art. 49 al. 1bis RAI de 50 % ou moins, une déduction de 20 % est opérée. Aucune déduction supplémentaire n'est possible.

5. **a)** 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 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références ; TF 8C_782/2023 du 6 juin 2024 consid. 4.2.1).

b) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

c) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales 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. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens

complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

d) 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 du 26 juillet 2011 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).

6. **a)** En l'espèce, l'intimé a retenu que le recourant présentait une capacité de travail nulle dans son activité habituelle de concierge polyvalent et livreur de meubles depuis mai 2021, mais une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis janvier 2022, situation qui entraînait un degré d'invalidité de 10 %. Il était par ailleurs exposé qu'une nouvelle incapacité de travail dans toute activité, subie entre le 1er décembre 2023 et le 31 août 2024, n'avait pas duré suffisamment longtemps pour ouvrir le droit à une rente et que le degré d'invalidité à l'issue de cette période était toujours de 10 %. L'activité adaptée était décrite comme un travail simple dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le conditionnement.

L'intimé a rendu sa décision en se fondant sur les avis du SMR, lequel s'est rallié aux conclusions de l'expertise pluridisciplinaire établie le 27 février 2025 par les spécialistes d'O._____ dans son avis du 4 mars 2025. A cette occasion, le SMR a résumé les limitations fonctionnelles comme suit :

> « Éviter des activités physiquement lourdes avec port de charges de manière répétitive, les mouvements en porte-à-faux répétitifs, des activités en flexion antérieure du tronc, éviter les positions statiques prolongées et l'exposition aux vibrations, privilégier une activité ne sollicitant pas le rachis lombaire ni port de charges lourdes. Éviter des activités exigeantes au plan visuel, nécessitant des tâches minutieuses ou la manipulation de petits objets, éviter l'utilisation de machines dangereuses et la conduite automobile ».

b) Pour poser leurs conclusions, les experts d'O._____ ont eu accès à l'ensemble des pièces versées au dossier de la cause de l'intimé, dont l'expert en médecine interne générale a établi une synthèse. Parmi ces pièces figuraient en particulier les rapports des médecins traitants et des autres spécialistes consultés par le recourant depuis mai 2020, les différentes demandes de prestations déposées par l'intéressé, ainsi que le rapport d'observation du 12 octobre 2024. Premier à rencontrer le recourant, en date du 10 septembre 2024, le Dr Z._____ a également établi une anamnèse complète comprenant les déclarations spontanées de l'intéressé, un entretien approfondi portant sur l'ensemble des troubles et plaintes actuels, les habitudes en matière de consommation de substances psychotropes, des anamnèses familiale, personnelle, professionnelle, assécurologique et psychosociale, ainsi qu'une description de sa journée-type (cf. ch. 2 et 3 du rapport d'expertise du Dr Z._____ du 25 février 2025, cosigné par la Dre BL._____ en sa qualité de médecin superviseur). Le Dr Z._____ a mis ces éléments à disposition des autres experts, qui ont eux-mêmes examiné successivement le recourant, en l'occurrence le Dr U._____ en date du 16 octobre 2024, le Dr BB._____ le 22 octobre 2024, la Dre BC._____ le 12 novembre 2024 et le Dr AA._____ en date du 5 décembre 2024. Compte tenu de l'anamnèse détaillée établie par le Dr Z._____, les entretiens des autres experts avec le recourant ont été plus ciblés sur les éléments anamnestiques propres à leurs spécialités respectives. Chaque expert a ensuite établi un rapport d'expertise portant sur sa spécialité. Les experts en médecine interne générale, rhumatologie, psychiatrie et rhumatologie ont suivi globalement la même structure comprenant, d'une part, le compte-rendu de l'entretien de l'expert avec le recourant (ch. 3 des expertises spécialisées) et, d'autre part, les constatations (ch. 4 des expertises spécialisées), les diagnostics (ch. 6 des expertises spécialisées), une évaluation médicale et médico-assurantielle (ch. 7 des expertises spécialisées) et les réponses motivées de l'expert aux questions soumises par l'intimé (ch. 8 des expertises spécialisées). Le Dr Z._____ a intégré ses évaluations médicale et médico-assurancielle, ainsi que ses réponses aux questions du mandat dans l'évaluation consensuelle.

L’expert en ophtalmologie a pour sa part établi un compte-rendu plus succinct le 23 octobre 2024, lequel comprend néanmoins une courte anamnèse, le status ophtalmologique détaillé et ses conclusions. Le Dr BB._____ a par ailleurs joint ses notes de consultation et les résultats des examens ophtalmiques auxquels il a procédé. A la demande du Dr Z._____, le Dr BB._____ a établi un complément d’expertise après avoir visionné les enregistrements vidéo accompagnant le rapport d’observation du 12 octobre 2023.

L’évaluation consensuelle propose une synthèse étayée de la situation médicale du recourant, discutée lors d’un colloque de synthèse en présence des Drs BL._____, Z._____ et BC._____, et tenant compte des remarques des autres experts contactés par téléphone ou par courriel, qui l’ont ensuite approuvée par circulation (cf. ch. 5 de l’évaluation consensuelle et les lettres de confirmation des Drs AA._____, BB._____ et U._____). Cette expertise remplit ainsi l’ensemble des critères fixés par la jurisprudence en la matière pour lui reconnaître une pleine valeur probante.

c) Dans ses différentes écritures, le recourant n’a émis aucune critique à l’égard des conclusions des expertises de médecine interne, de rhumatologie, de psychiatrie et de neurologie, que ce soit sous l’angle de la capacité de travail ou des limitations fonctionnelles. Ces conclusions n’étant au demeurant remises en cause par aucune pièce médicale au dossier, elles peuvent être confirmées.

d) En revanche, le recourant a réfuté la valeur probante de l’expertise ophtalmologique, au motif que le Dr BB._____ aurait effectué, dans son rapport complémentaire, un « revirement dans l’analyse » consistant à modifier son appréciation de l’incidence de l’atteinte visuelle sur la capacité de travail sans l’étayer par des éléments médicaux. Le recourant s’est par ailleurs prévalu des rapports établis par les ophtalmologues qu’il a consultés dès décembre 2021.

Dans leur appréciation consensuelle du 27 février 2025, les experts d'O._____ 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 le Dr BB._____. 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. D._____ 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. D._____ 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. D._____ 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. D._____ des 5 et 30 juin 2025). Or, dans son rapport d'expertise du 23 octobre 2024, le Dr BB._____ 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 visionné les vidéos de la surveillance mise en œuvre par l'intimé, le Dr BB._____ 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.

Il convient de préciser à cet égard que, contrairement à ce que semble affirmer le recourant, le Dr Z._____ l'a confronté au contenu des vidéos enregistrées lors de l'observation en automne 2023. L'expert en médecine interne générale l'a également interrogé sur l'incohérence qui transparaissait de la description d'une « vie quotidienne structurée avec des activités qui contrastent avec les limitations douloureuses et oculaires qu'il déclare ». Les explications de l'intéressé sur ces deux points ont été protocolées au ch. 3.2, let. m et n, du rapport d'expertise de médecine interne générale, dont le Dr BB._____ a pu disposer au moment de rendre ses conclusions. Par ailleurs, il est manifeste que les examens de la vue comprennent une importante part subjective, puisqu'ils reposent sur les déclarations du patient, tandis que les spécialistes de l'Hôpital E._____ ont d'ores a déjà procédé à tous les examens somatiques possibles, sans pouvoir objectiver les plaintes du recourant. Celui-ci peine en outre à

convaincre lorsqu'il tend à relativiser les capacités visuelles qui lui sont attribuées sur la base des enregistrements vidéo. En effet, même à considérer qu'il évoluait seul dans des lieux bien connus, soit les abords proches de son domicile, le Dr BB._____ a surtout noté la rapidité avec laquelle il se déplaçait et le fait qu'il se soit risqué à traverser sans hésiter une route à double sens de circulation automobile. Compte tenu d'une vision limitée à la numération des doigts à 1 m, on ne peut également que s'étonner qu'il ait réussi à éviter les obstacles et à marcher normalement sur un terrain irrégulier (pré pentu). Ainsi, le recourant ne peut pas être suivi lorsqu'il affirme que l'évaluation du Dr BB._____ est lacunaire.

Les ophtalmologues traitants n'ont pas eu connaissance des enregistrements de surveillance et ne se sont pas positionnés sur l'expertise du Dr BB._____. 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 jamais prononcés sur les éventuelles répercussions du status ophtalmologique sur les activités quotidiennes de leur patient. Tel n'est en particulier pas le cas dans le rapport établi le 30 octobre 2025 par la Prof. D._____. Cette spécialiste a du reste confirmé dans ce dernier rapport l'absence d'obstacle à une réadaptation vers une activité adaptée aux personnes malvoyantes, mais évaluait la capacité de travail à 50 % sans étayer cette dernière affirmation. Ainsi, les conclusions des ophtalmologues traitants ne sont pas de nature à instiller un doute sur celles du Dr BB._____.

e) Une pleine valeur probante doit ainsi être reconnue aux conclusions des experts d'O._____, de sorte que l'intimé pouvait déterminer le degré d'invalidité sur cette base.

aa) L'intimé a procédé à la comparaison des revenus. Pour le revenu sans invalidité, il a retenu le revenu annuel versé en dernier lieu au recourant par son employeur, à savoir 66'004 fr. 15. Pour le revenu avec

invalidité, l'intimé a utilisé le montant déterminé par le tableau TA1_skill_level, niveau de compétence 1, pour les hommes, tous secteurs confondus, de l'ESS 2022, annualisé et adapté à la durée normale du travail dans les entreprises suisses, puis a appliqué un abattement de 10 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles, portant ce revenu à 59'720 fr. 99. Il en découlait un préjudice économique de 9,52 %, soit un degré d'invalidité de 10 % (chiffres arrondis ; cf. ATF 130 V 121 consid. 3.2 ; TF 8C_171/2024 du 3 septembre 2024 consid. 5.5). L'OAI a repris les mêmes chiffres pour le calcul de degré d'invalidité valable en 2024, sous réserve de l'indexation des deux revenus, tandis que l'abattement de 10 % a fait place à la déduction prévue par l'art. 26bis al. 3 RAI dans sa teneur valable dès le 1er janvier 2024.

bb) A l'encontre de ce calcul, le recourant a fait valoir principalement que l'intimé aurait dû prendre en compte une capacité de travail réduite à 50 % dans une activité adaptée, comme attestée par la Prof. D._____. Ce grief ne peut toutefois être suivi pour les motifs déjà développés ci-dessus.

cc) Le recourant a par ailleurs critiqué la statistique TA1_skill_level utilisée par l'intimé, au motif qu'elle ne s'appliquerait qu'à des activités impliquant globalement de bonnes facultés visuelles. En d'autres termes, il a fait valoir implicitement qu'un abattement supplémentaire aurait dû être appliqué par l'intimé. Cependant, comme l'a rappelé à maintes reprises le Tribunal fédéral, le tableau TA1_skill_level tous secteurs confondus, niveau de compétence 1, est généralement compatible avec des limitations fonctionnelles légères (cf. TF 9C_303/2022 du 31 mai 2023 consid. 6.3 et les références citées ; 9C_444/2010 du 20 décembre 2010 consid. 2.3), de sorte que seules les limitations fonctionnelles dépassant ce qui est compatible avec ces activités peuvent justifier un abattement supplémentaire. Or, selon les conclusions de l'expertise d'O._____, le recourant ne peut être considéré comme aveugle ou gravement handicapé de la vue. Ils ont retenu que seules les activités exigeantes sur le plan visuel étaient à proscrire, à savoir les activités impliquant des tâches minutieuses, la manipulation de petits objets, la

conduite automobile ou l'utilisation de machines dangereuses. Ces limitations n'excluent ainsi qu'une faible partie des activités englobées dans le TA1_skill_level. Ainsi, l'abattement de 10 % appliqué par l'intimé pour tenir compte des limitations fonctionnelles du recourant paraît suffisant.

dd) Le degré d'invalidité retenu par l'intimé peut donc être confirmé, taux qui n'ouvre pas le droit à une rente, ni à des mesures d'ordre professionnel (art. 17 al. 1 LAI ; ATF 139 V 399 consid. 5.3 ; TF 9C_184/2025 consid. 2.2).

7. **a)** En définitive, 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 12 mars 2026 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

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 :