
EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1968, souffre d'hypoacousie congénitale bilatérale. Il bénéficie d'un appareillage acoustique depuis l'enfance, lequel est pris en charge, à tout le moins depuis 1996, par l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé).
2. Dans une expertise du 9 décembre 1992, le docteur B_____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie, a préconisé la prise en charge par l'assurance-invalidité d'un appareil auditif bilatéral « de rendement supérieur », de type « contour d'oreille ». Après avoir initialement refusé cette prise en charge, l'OAI est finalement revenu sur sa décision le 25 juillet 1995.
3. Par communication du 17 mai 2001, l'OAI a accepté de prendre en charge la remise, en prêt, de deux appareils acoustiques intra-auriculaires, pour un montant de CHF 4'918.15. L'office s'est notamment fondé sur une expertise réalisée le 4 juillet 2000 par le docteur C_____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie. Dans son rapport, ce médecin a fait état d'une surdité de perception bilatérale sévère, se traduisant par une perte auditive moyenne de 84 points (perte de 84% de chaque côté selon le barème CPT-AMA), et a recommandé un appareillage bilatéral de niveau 3, soit un appareillage « très complexe ».
4. Par communication du 5 avril 2007, l'OAI, se fondant sur une expertise du Dr C_____ datée du 27 juin 2006, a accepté de prendre en charge deux nouveaux appareils acoustiques intra-auriculaires, correspondant à une déficience auditive de niveau 3, pour un montant de CHF 4'992.70.
5. Par communication du 15 septembre 2011, l'OAI a accepté de prendre partiellement en charge le renouvellement anticipé, après quatre ans, des appareils acoustiques de niveau 3 de l'assuré, à concurrence d'une somme de CHF 2'461.-, correspondant à 50% de leur valeur.
6. Le 1^{er} mars 2018, l'assuré a déposé auprès de l'OAI une demande de moyens auxiliaires, tendant au renouvellement de ses appareils acoustiques. Dans le formulaire officiel de demande de moyens auxiliaires, il a précisé : « demande de cas de rigueur ».
7. Le 7 mars 2018, l'OAI a informé l'assuré qu'il avait chargé le Dr C_____ de réaliser une expertise, requise pour l'octroi d'un forfait couvrant le prix d'un appareillage simple et adéquat (CHF 1'650.- pour un appareillage binaural).
8. Le 13 mars 2018, le Dr C_____ a transmis à l'OAI un rapport, dont la teneur était la suivante : « ce patient présente une surdité bilatérale depuis toujours, avec un appareillage bilatéral depuis de très nombreuses années. Sans appareil, le patient est très gêné pour comprendre les conversations, la télévision et le téléphone. À l'examen, les conduits auditifs externes et les tympons sont sans particularité des deux côtés. Le Rinne est positif des deux côtés. Le Weber n'est pas perçu. La voix chuchotée n'est pas perçue. La voix haute n'est pas perçue non plus.

L'audiogramme tonal montre des seuils de 70 dB à 1000 Hz. La perte auditive selon le barème CPT-AMA est de 81% à droite et de 80% à gauche. L'audiogramme vocal montre qu'il n'y a pas 100% d'intelligibilité de mots dissyllabiques ; À 95 dB, 80% des mots sont perçus à droite et 70% des mots sont perçus à gauche. La perte auditive selon Fournier est de 93% à droite et de 100% à gauche. Ce patient présente une surdité de perception congénitale bilatérale importante, avec une perte auditive totale de 88%, ce qui justifie le renouvellement de ses appareils acoustiques. Les essais auront lieu chez Acoustique D_____: le patient va faire une demande de cas de rigueur ».

Le Dr C_____ a joint un formulaire de l'assurance-invalidité, qu'il avait rempli et dans lequel figuraient les indications suivantes :

« [...] 5. Facteurs aggravants supplémentaires [...]

Handicap visuel majeur : non.

Handicaps qui limitent de manière significative l'utilisation des appareils : non.

Complications audiolologiques pour l'adaptation : non ».

9. Le 23 mai 2018, Monsieur D_____, audioprothésiste, a adressé à l'OAI un rapport d'appareillage en vue d'une demande de cas de rigueur. L'assuré travaillait comme préposé au guichet du service des prestations complémentaires et suivait parallèlement des cours de formation professionnelle. Il bénéficiait de longue date d'un appareillage binaural intracanalair. Depuis le mois de mars 2018, des essais comparatifs avaient été réalisés en vue de renouveler son appareillage. Le premier essai avait porté sur un appareil binaural de type « contour d'oreille » (Unitron T Moxi Fit 500) et s'était avéré infructueux, car l'assuré avait ressenti une sensation de déséquilibre, voire de légers vertiges, et avait été perturbé par les bruits venant de l'arrière. En raison de la position des microphones sur le pavillon de l'oreille, qui le gênait lorsque le bruit venait de l'arrière, l'appareillage par « contour d'oreille » n'avait pas permis d'améliorer sa perception vocale. Le deuxième essai, durant lequel l'assuré avait porté un appareillage intracanalair (ITC Phonak Virto B70-312), s'était révélé plus probant, car il avait permis de supprimer l'effet de déséquilibre, mais l'assuré avait ressenti un effet d'occlusion physique (résonance interne) et sa perception vocale n'avait pas vraiment été améliorée sur son lieu de travail, certains bruits demeurant trop perturbants. Lors du troisième essai, l'assuré avait également porté un appareillage intracanalair (IIC Phonak Virto B 70-Titanium), mais dont le micro était placé en grande partie dans le conduit auditif, ce qui lui avait procuré une localisation spatiale plus naturelle, sans effet de résonance interne, et avait amélioré sa perception vocale, eu égard à la diminution des bruits de fonds. Cet appareillage, qui correspondait aux besoins et aux attentes de l'assuré, avait été retenu. La demande de cas de rigueur était déposée en raison de difficultés spécifiques à effectuer un renouvellement d'appareillage simple et adéquat, qui ne provoquait pas d'effet de déséquilibre et permettait une perception vocale plus efficace, sans bruits excessivement perturbants.

Au rapport de l'audioprothésiste, étaient joints :

- une lettre de l'assuré visant à motiver sa demande, datée du 22 mai 2018 :
« [s]ouffrant d'un déficit auditif depuis ma naissance, j'ai toujours eu la nécessité de porter des appareils auditifs afin de me débrouiller de manière autonome dans la vie [...]. Hélas, en 2011, j'ai perdu mon travail et depuis cette date, j'ai eu d'énormes difficultés à trouver un emploi [...]. Heureusement, j'ai retrouvé un emploi en tant que préposé au guichet à 50% au sein de l'accueil du service E_____ depuis le 1^{er} octobre 2017. Mon activité consiste à accueillir au guichet les bénéficiaires et à répondre à leurs questions et besoins. La deuxième moitié de mon travail [consiste à] répondre aux appels téléphoniques [depuis la centrale]. Afin d'assurer une communication optimale et d'assurer un service de qualité aux bénéficiaires, j'ai besoin d'un appareillage adéquat, qui me permette de répondre aux exigences de ma fonction et par conséquent, de satisfaire mon employeur. En parallèle de mon travail, je suis en formation dans le domaine des prestations complémentaires fédérales et cantonales [...]. Je suis porteur d'appareils auditifs intra depuis de nombreuses années. En phase de test, j'ai essayé divers types d'appareils via mon audioprothésiste. Dans mon environnement de travail actuel, en société et à la maison, j'ai clairement senti que les appareils acoustiques de type « contour d'oreille » me dérangent du point de vue physique et du confort (mal de tête, vertige) et me perturbent énormément au niveau du bruit. Plus particulièrement, au travail ou dans un environnement bruyant, j'arrive mieux à comprendre la parole et les mots avec un appareillage de type intra [...] » ;
 - un « journal accompagnant la demande d'examen de cas de rigueur pour appareillage auditif », dans lequel l'assuré indiquait travailler en alternance au guichet et à la centrale téléphonique du service E_____, dans un bureau ouvert, une semaine sur deux. Avec des appareils de type « contour d'oreille », le bruit et les conversations environnantes, notamment celles de ses collègues, l'empêchaient de comprendre son interlocuteur. À l'inverse, les derniers appareils auditifs intracanaux qu'il avait portés permettaient de diminuer sensiblement le bruit et les conversations ambiants.
10. Le 28 juin 2018, l'OAI a transmis à l'assuré un préavis de décision, refusant de prendre en charge les coûts supplémentaires de son appareil auditif.
11. Les 30 juillet et 14 août 2018, l'assuré s'y est opposé, arguant que ses besoins particuliers devaient être assimilés à des « problèmes considérables lors de l'appareillage ». Il ressortait notamment du rapport établi par son audioprothésiste en mai 2018 qu'il ne pouvait pas porter les appareils couverts par le forfait de l'assurance-invalidité, lesquels étaient inadaptés aux exigences particulières de son emploi en matière de communication et d'audition. En outre, le Dr C_____ avait confirmé une perte auditive importante, justifiant le dépôt d'un cas de rigueur.

12. Par décision du 17 janvier 2019, l'OAI a refusé de prendre en charge les coûts supplémentaires de l'appareil auditif. L'assuré ne pouvait prétendre qu'à un appareillage économique, simple et adéquat et non à un appareillage optimal. Seuls les appareils auditifs de type « contour d'oreille » étaient jugés simples et adéquats. En l'occurrence, les documents transmis par l'assuré ne permettaient pas de rendre hautement vraisemblables des « problèmes considérables lors de l'appareillage ». Quant au Dr C_____, il n'avait pas fait état, dans son expertise, du moindre facteur aggravant concernant la phase d'adaptation, de sorte que la réglementation relative aux cas de rigueur ne trouvait pas application dans le cas d'espèce.
13. Par acte du 12 février 2019, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision du 17 janvier 2019, à la prise en charge intégrale de l'appareillage requis, sur la base de la réglementation relative aux cas de rigueur, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI afin qu'il ordonne une expertise auprès d'une clinique oto-rhino-laryngologique.

Lorsqu'elle était saisie d'un cas de rigueur, il incombait à l'administration d'examiner les documents présentés par chaque assuré et d'ordonner une expertise oto-rhino-laryngologique, si ces documents rendaient vraisemblables des problèmes considérables d'appareillage. Dans son cas, l'OAI avait refusé d'admettre un cas de rigueur, en se limitant à affirmer que des problèmes considérables d'appareillage n'avaient pas été démontrés. L'OAI n'avait pas pris position sur les rapports de M. D_____ et du Dr C_____, dont il ressortait pourtant, d'une part, que des spécificités liées à son hypoacousie et à son poste de travail rendaient nécessaire un appareil permettant d'atténuer les bruits ambiants, d'autre part qu'il remplissait les critères audiologiques subordonnant la reconnaissance d'un cas de rigueur. Par ailleurs, l'OAI s'était contenté de souligner l'absence de facteurs aggravants, alors qu'une telle absence n'était pas déterminante dans l'examen d'un cas de rigueur. La réglementation relative aux cas de rigueur permettait de tenir compte des particularités de l'assuré, lesquelles constituaient des « problèmes considérables » au sens des circulaires de l'assurance-invalidité. À ce propos, il soulignait qu'après avoir été licencié en 2015, il avait mis deux ans pour retrouver un emploi, en raison du handicap que constituait sa surdité sur le marché du travail. Ce n'était qu'au moyen d'un appareillage efficace qu'il pouvait espérer mener à bien les tâches qui lui étaient confiées par son employeur. Le postulat de l'OAI, selon lequel seuls des appareils de type « contour d'oreille » pouvaient être pris en charge à titre de cas de rigueur, ne reposait sur aucun texte légal ou jurisprudentiel et paraissait contraire au but des moyens auxiliaires. À son sens, l'OAI ne pouvait retenir, sans ordonner d'expertise oto-rhino-laryngologique, que des difficultés considérables liées à son appareillage n'avaient pas été rendues vraisemblables.

14. Dans sa réponse du 13 mars 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours. Selon l'expert C_____, le recourant – dont la perte auditive était de 88% – présentait une surdité bilatérale importante, justifiant le renouvellement de ses appareils

acoustiques, mais il s'était borné à mentionner que le recourant s'apprêtait à déposer une demande pour « cas de rigueur », sans autre précision. Il n'avait pas fait état de facteurs aggravants propres à rendre difficile l'adaptation ou de difficultés spécifiques, entravant le renouvellement d'un appareillage simple et adéquat. Par ailleurs, les rapports établis par l'audioprothésiste en 2018 ne faisaient pas état de problèmes considérables lors de l'appareillage, tels que des difficultés particulières liées à l'invalidité ou un temps anormalement long pour trouver un appareil. Les assurés ne pouvaient pas prétendre aux meilleurs appareillages possibles mais seulement à des appareillages simples et adéquats ; contrairement aux appareils intra-auriculaires, qui étaient généralement choisis pour des raisons esthétiques, les appareils auditifs de type « contour d'oreille » étaient réputés économiques, simples et adéquats. Il ne ressortait pas du dossier que la remise d'un appareil acoustique simple et adéquat ne permettrait pas au recourant de bénéficier d'une compréhension suffisante, de sorte que la décision attaquée était fondée.

15. Le recourant a répliqué le 1^{er} avril 2019, persistant dans ses conclusions. Selon la circulaire concernant la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-invalidité, il appartenait à l'assuré de rendre vraisemblable des « problèmes considérables lors de l'appareillage ». En l'occurrence, même si cette terminologie ne ressortait pas textuellement des documents qu'il avait transmis à l'administration, ceux-ci mentionnaient néanmoins la nécessité d'un appareillage de « rendement supérieur » (cf. rapport du Dr B_____ du 9 décembre 1992), d'un appareillage « très complexe » (cf. rapports du Dr C_____ des 4 juillet 2000 et mars 2018), mais également des « difficultés spécifiques » à renouveler l'appareillage (cf. rapport de M. D_____ du 23 mai 2018). Du reste, l'intimé reconnaissait depuis des années qu'il ne pouvait se contenter d'un appareil couvert par le forfait ordinaire, puisqu'il avait admis à plusieurs reprises l'existence d'un cas de rigueur. L'intimé considérait à tort que l'appareillage requis ne remplissait pas le but de la réadaptation, alors que toutes les conditions prévues par la jurisprudence étaient remplies, comme en témoignaient les rapports versés au dossier et le journal de bord qu'il avait rempli. Plus particulièrement, il ressortait des rapports du Dr C_____ et de M. D_____, ainsi que de ses propres explications, qu'il lui était impossible d'exercer son activité professionnelle sans appareillage complexe. Contrairement à ce que prétendait l'intimé, il était établi qu'un appareil d'entrée de gamme ne lui offrirait pas une compréhension suffisante. Partant, il persistait à considérer que l'administration ne pouvait lui refuser l'appareillage requis sous l'angle du cas de rigueur, sans ordonner d'expertise auprès d'une clinique oto-rhino-laryngologique.
16. Cette écriture transmise à l'intimé, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour

de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - [LPA-GE - E 5 10]).
3. Le litige porte sur le droit du recourant à la prise en charge intégrale de ses appareils auditifs, sur la base de la réglementation relative aux cas de rigueur.
4. Selon l'art. 8 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (al. 1, let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (al. 1, let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (al. 1bis). Les assurés ont droit aux prestations prévues aux art. 13 et 21, quelles que soient les possibilités de réadaptation à la vie professionnelle ou à l'accomplissement de leurs travaux habituels (al. 2).

Aux termes de l'art. 21 LAI, l'assuré a droit, d'après une liste que dressera le Conseil fédéral, aux moyens auxiliaires dont il a besoin pour exercer une activité lucrative ou accomplir ses travaux habituels, pour maintenir ou améliorer sa capacité de gain, pour étudier, apprendre un métier ou se perfectionner, ou à des fins d'accoutumance fonctionnelle (al. 1). L'assuré qui, par suite de son invalidité, a besoin d'appareils coûteux pour se déplacer, établir des contacts avec son entourage ou développer son autonomie personnelle, a droit, sans égard à sa capacité de gain, à de tels moyens auxiliaires conformément à une liste qu'établira le Conseil fédéral (al. 2). L'assurance prend à sa charge les moyens auxiliaires d'un modèle simple et adéquat et les remet en propriété ou en prêt. L'assuré auquel un moyen auxiliaire a été alloué en remplacement d'objets qu'il aurait dû acquérir même s'il n'était pas invalide est tenu de participer aux frais (al. 3).

Selon l'art. 21bis LAI, lorsqu'un assuré a droit à la remise d'un moyen auxiliaire figurant dans la liste dressée par le Conseil fédéral, il peut choisir un autre moyen remplissant les mêmes fonctions (al. 1). L'assurance prend à sa charge les coûts du moyen auxiliaire choisi jusqu'à concurrence du montant qu'elle aurait versé pour le moyen figurant dans la liste (al. 2). En cas d'acquisition de moyens auxiliaires par une procédure d'adjudication, le Conseil fédéral peut limiter le droit à la substitution de la prestation aux moyens fournis par les soumissionnaires (al. 3).

5. À l'art. 14 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI - RS 831.201), le Conseil fédéral a délégué au Département fédéral de l'intérieur la

compétence de dresser la liste des moyens auxiliaires et d'édicter des prescriptions complémentaires au sens de l'art. 21 al. 4 LAI.

Ce département a édicté l'ordonnance du 29 novembre 1976 concernant la remise des moyens auxiliaires par l'assurance-invalidité (OMAI - RS 831.232.51) avec en annexe la liste des moyens auxiliaires. En vertu de l'art. 2 OMAI, ont droit aux moyens auxiliaires, dans les limites fixées par la liste en annexe, les assurés qui en ont besoin pour se déplacer, établir des contacts avec leur entourage ou développer leur autonomie personnelle (al. 1); l'assuré n'a droit aux moyens auxiliaires désignés dans cette liste par un astérisque (*), que s'il en a besoin pour exercer une activité lucrative ou accomplir ses travaux habituels, pour étudier ou apprendre un métier ou à des fins d'accoutumance fonctionnelle ou encore pour exercer l'activité nommément désignée au chiffre correspondant de l'annexe (al. 2). Le droit s'étend aux accessoires et aux adaptations rendus nécessaires par l'invalidité (al. 3). L'assuré n'a droit qu'à des moyens auxiliaires d'un modèle simple, adéquat et économique. Il supporte les frais supplémentaires d'un autre modèle. Lorsque la liste en annexe ne mentionne aucun des instruments prévus à l'art. 21quater LAI pour la remise d'un moyen auxiliaire, les frais effectifs sont remboursés (al. 4). Lorsqu'un assuré a droit à la remise d'un moyen auxiliaire figurant dans la liste en annexe mais qu'il se contente d'un autre moyen moins onéreux remplissant les mêmes fonctions, ce dernier doit lui être remis même s'il ne figure pas dans la liste (al. 5).

Le chiffre 5.07 de l'annexe à l'OMAI règle la remise d'appareils auditifs en cas de déficience de l'ouïe. Il prévoit leur octroi lorsqu'un tel appareil améliore notablement la capacité auditive et les possibilités de communication de l'assuré avec son entourage. L'assuré a droit à un remboursement forfaitaire, qui peut être demandé tous les six ans au maximum, à moins qu'une modification notable de l'acuité auditive exige le remplacement des appareils avant l'expiration de ce délai. Les appareils auditifs doivent être remis par une personne qualifiée. Le forfait est de 840 francs pour un appareillage monaural et de 1650 francs pour un appareillage binaural, hors frais de réparation et de piles. Le forfait pour l'achat de piles est, par année civile, de 40 francs pour un appareillage monaural et de 80 francs pour un appareillage binaural. Le forfait pour les frais des réparations effectuées par le fabricant est de 200 francs pour les dommages électroniques et de 130 francs pour les autres dommages. Ces forfaits sont accordés au plus tôt à partir de la deuxième année de fonctionnement de l'appareil. L'Office fédéral des assurances sociales dresse une liste des appareils satisfaisant aux exigences de l'assurance et pour lesquels le versement d'un forfait est admis. Pour l'achat et la réparation d'un appareil auditif, les forfaits sont versés sur présentation du montant global facturé et des justificatifs correspondants.

6. Le chiffre 5.07.2* de l'annexe à l'OMAI précise, s'agissant de la réglementation des cas de rigueur pour les appareillages auditifs, que l'Office fédéral des assurances sociales définit les cas dans lesquels des forfaits supérieurs aux

montants prévus au chiffre 5.07 peuvent être versés pour un appareillage monaural ou binaural.

Selon la circulaire concernant la remise des moyens auxiliaires par l'assurance-invalidité (CMAI) éditée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), dans sa teneur en vigueur au 1^{er} janvier 2019, la réglementation relative aux cas de rigueur ne s'applique que lorsque l'appareillage et les frais qui en résultent dépassent le coût moyen d'un appareillage simple et adéquat au point qu'on ne peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il assume la différence. Il faut aussi que celui-ci exerce une activité lucrative, accomplisse ses travaux habituels ou suive une formation. L'octroi d'une prestation pour cas de rigueur signifie que l'AI prend en charge les coûts de l'appareillage qui dépassent le montant forfaitaire, pour autant qu'il s'agisse encore d'un appareillage simple et adéquat. L'assuré doit présenter pour cela à l'office AI une demande d'examen de cas de rigueur. Ces demandes sont examinées par des cliniques oto-rhino-laryngologiques spécialisées, dont la liste figure au chiffre 2053* de la CMAI.

Avant de prendre rendez-vous pour se faire examiner dans une des cliniques citées, l'assuré doit avoir remis à l'office AI les documents suivants : demande avec motivation détaillée par l'assuré des problèmes rencontrés pour l'adaptation de l'appareil auditif ; rapport du fournisseur avec description complète des problèmes existants (rapport non standardisé) ; journal de bord rempli par l'assuré (formulaire sur www.ahv-iv.ch). L'office AI est tenu de renseigner l'assuré de façon adéquate sur ces documents. Si ces documents permettent de conclure à la vraisemblance prépondérante de problèmes considérables lors de l'appareillage, l'office AI confie un mandat d'examen à la clinique la plus proche. La clinique contacte l'assuré pour fixer un rendez-vous. Une fois ce rendez-vous pris, l'office AI envoie à la clinique une copie de tous les documents pertinents (chiffre 2054*). Après avoir procédé à l'examen, la clinique oto-rhino-laryngologique fait une recommandation à l'office AI (chiffre 2055*). Si, dans sa recommandation, la clinique oto-rhino-laryngologique conclut à l'existence d'un cas de rigueur, l'office AI décide sur cette base s'il accède ou non à la demande de l'assuré et, dans l'affirmative, du montant des surcoûts pris en charge (chiffre 2056*). Si la demande de prise en charge est acceptée pour un cas de rigueur, l'assuré fait procéder à l'adaptation avec des appareils auditifs appropriés auprès du fournisseur et facture à l'office AI le montant forfaitaire, ainsi que les frais dépassant ce montant, à l'aide du formulaire de facturation, en joignant les factures originales de l'ensemble des frais (chiffre 2057*).

La circulaire AI n° 304 du 23 décembre 2011 définit comme suit les critères audiologiques d'un cas de rigueur :

Perte auditive CPT-AMA bin. > 75 % ; scotome auditif marqué : dynamique < 30 dB sur au moins deux fréquences pour l'oreille à appareiller ; asymétrie importante des seuils auditifs avec nécessité de fourniture CROS / BICROS ; chute extrême dans les hautes fréquences en pente de ski, l'audiogramme tonal présentant

cumulativement les critères suivants : seuil auditif à 500 Hz \leq 25 dB HL, seuil auditif à 2 kHz \geq 30 dB HL, augmentation du seuil auditif \geq 30 dB dans la plage d'octaves de 1 à 2 kHz ou de 2 à 4 kHz ; compréhension vocale dans le silence à 70 dB \leq 50 % sur la meilleure oreille (la personne ayant de bonnes connaissances de la langue du test, à savoir le français, l'allemand ou l'italien) ; audiométrie vocale dans le bruit $>$ 12 dB SNR ; audiométrie vocale : courbe avec discrimination maximale très restreinte ($<$ 60 %) sur l'oreille à appareiller ; audition fortement fluctuante (par ex. maladie de Ménière avec large conduit vestibulaire) ; surdité rétrocochléaire pour laquelle l'utilité d'un appareil auditif est avérée.

L'OFAS a édicté une lettre-circulaire n° 342 le 15 décembre 2015, aux termes de laquelle « [l]es critères audiologiques mentionnés dans la lettre circulaire n° 304 sont modifiés ou complétés comme suit :

Modification

- Audiométrie vocale dans le bruit $>$ 8 dB SNR (moyenne oreille droite + oreille gauche)

Complément (critères supplémentaires)

- Surdité extrême aux sons graves, l'audiogramme tonal présentant cumulativement les critères suivants :

- seuil d'audibilité à 500 et 1000 Hz $>$ 40 dB ;
- seuil d'audibilité à 2 kHz $<$ 30 dB ;
- amélioration du seuil d'audibilité \geq 30 dB dans la plage d'octaves de 1 à 2 kHz ou de 2 à 4 kHz.

- Déficiences congénitales ou acquises (post-traumatiques, postopératoires ou consécutives à une infection) du pavillon, du conduit auditif externe et/ou de l'oreille moyenne, compliquant nettement la fourniture d'un appareillage conventionnel, combinées avec une surdité présentant un air-bone gap* $>$ 30 dB.

*ABG : différence entre les courbes de conduction aérienne et de conduction osseuse. A partir d'une différence de 50 à 60 dB, on considère que la transmission est entièrement bloquée (tympan et osselets auditifs). Les autres critères mentionnés dans la lettre circulaire n° 304 restent valables ».

7. Dans un arrêt rendu en 2015, le Tribunal fédéral a considéré que le fait de ne pas tenir compte de l'environnement professionnel lors de l'octroi d'aides auditives, au motif qu'il s'agissait d'un critère propre au cas individuel, et non d'un critère audiologique, était contraire au droit. Il convenait, lors de l'examen des prétentions spécifiques à l'invalidité, d'examiner les répercussions de l'atteinte à la santé sur la situation professionnelle concrète de l'assuré. Un moyen auxiliaire qui était le seul à même de permettre à l'assuré de continuer à exercer son activité habituelle ne pouvait être considéré comme un moyen auxiliaire optimal excédant le droit aux prestations. Les juges fédéraux ont cependant renvoyé la cause à l'instance

cantonale afin que cette dernière détermine si les appareils acoustiques dont la prise en charge était requise satisfaisaient au principe de l'économicité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_75/2015 du 11 mai 2015 consid. 3 et 4).

Dans un arrêt subséquent, rendu en 2018, le Tribunal fédéral a souligné que le facteur décisif pour le droit à la remise d'appareils auditifs selon la réglementation sur les cas de rigueur était surtout l'évaluation par la clinique oto-rhino-laryngologique (ch. 2056* CMAI). Il s'agissait-là d'un critère objectif, permettant de garantir que les personnes assurées ayant besoin d'appareils auditifs excédant le montant forfaitaire prévu par le chiffre 5.07.2* de l'annexe à l'OMAI, bénéficient de l'égalité de traitement prévue par la loi. Cette égalité de traitement était également assurée par le nombre limité de cliniques oto-rhino-laryngologique admises, selon le chiffre 2053* CMAI, à évaluer les conditions d'un cas de rigueur. Les juges fédéraux ont précisé que si l'évaluation de l'acousticien consulté par la personne assurée était prise en compte, l'égalité de traitement apparaîtrait discutable. L'acousticien se trouverait en situation de conflits d'intérêts pour évaluer le caractère approprié d'un appareil auditif, puisqu'il assumerait à la fois les rôles de vendeur et de consultant. Il convient de préciser que, dans cette cause comme dans celle ayant donné lieu à l'arrêt de 2015, l'administration avait statué sur la demande de cas de rigueur après avoir ordonné un examen audiologique dans une clinique oto-rhino-laryngologique (arrêt du Tribunal fédéral 9C_114/2018 du 19 juillet 2018 consid. 4.3).

8. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt du Tribunal fédéral 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2).

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

9. En l'espèce, l'intimé a refusé de prendre en charge le coût des appareils auditifs du recourant excédant le forfait ordinaire de CHF 1650.-, au motif que des « problèmes considérables lors de l'appareillage » n'avaient pas été rendus vraisemblables, de sorte que les conditions d'un cas de rigueur n'étaient pas

remplies, tout comme celles dont dépendait la mise en œuvre d'un examen audiologique dans une clinique oto-rhino-laryngologique. L'intimé a également fait valoir que le choix des appareillages du recourant avait été dicté par la recherche d'une qualité optimale.

10. a. Il est vrai que la demande de renouvellement d'appareils auditifs que le recourant a déposée le 1^{er} mars 2018 était sommairement remplie et ne satisfaisait pas, à elle seule, aux exigences d'une demande d'examen de cas de rigueur au sens du chiffre 2054 CMAI. Ceci explique probablement que l'intimé a d'emblée traité cette demande dans la perspective d'octroyer au recourant le forfait ordinaire pour un appareil simple et adéquat (CHF 1'650.- pour un appareil binaural) et que, par courrier du 7 mars 2018, il a mandaté le Dr C_____ en vue de réaliser une expertise « pour l'octroi du forfait ».

Ce n'est qu'en mai 2018 que l'assuré a formulé plus explicitement sa demande d'examen d'un cas de rigueur, en déposant les documents requis par le chiffre 2054 CMAI, à savoir une demande motivée, un rapport de son audioprothésiste décrivant les problèmes rencontrés lors d'essais de différents appareils auditifs, ainsi qu'un journal de bord. La demande devait par ailleurs être interprétée à la lumière du dossier et notamment des rapports fournis à l'appui des précédentes demandes de prise en charge d'appareils acoustiques, auxquelles l'intimé avait donné une suite favorable, notamment en 2001, 2007 et 2011, en octroyant systématiquement des montants dépassant sensiblement le forfait ordinaire de CHF 1'650.-, pour tenir compte d'un niveau de déficience auditive 3.

- b. Sous l'angle du ch. 2054 CMAI et contrairement à ce que soutient l'intimé, les pièces versées au dossier rendent suffisamment vraisemblable l'existence de « problèmes considérables lors de l'appareillage » pour justifier la mise en œuvre d'une expertise dans une clinique oto-rhino-laryngologique.

Préalablement, il convient de rappeler que, comme la juridiction de céans l'a déjà jugé, la question de savoir si les éléments ressortant du dossier permettent de conclure, au degré de la vraisemblance prépondérante, à l'existence de « problèmes considérables lors de l'appareillage » ne saurait être résolue par le biais d'une interprétation purement littérale du ch. 2054 CMAI, en ce sens que seuls pourraient être pris en compte des problèmes survenus concrètement lors de l'appareillage. L'existence de tels problèmes peut s'imposer d'emblée avec suffisamment de vraisemblance au regard à la fois du handicap audiologique de la personne assurée et des contraintes professionnelles particulières auxquelles celle-ci est soumise, pour que des essais avec des appareils auditifs d'entrée de gamme soient superflus (ATAS/122/2017 du 20 février 2017 consid. 10 ; ATAS/669/2019 du 23 juillet 2019 consid. 4).

En l'occurrence, il ressort du rapport de l'audioprothésiste D_____ qu'un premier essai d'appareils auditifs de type « contour d'oreille » s'est soldé par un échec, en raison de vertiges et d'une perception vocale insuffisante, puis qu'un deuxième

essai portant sur des appareils intra-auriculaires n'a pas donné satisfaction non plus, notamment dans le contexte professionnel. Seul le troisième essai, effectué au moyen d'un autre modèle d'appareils intra-auriculaires, s'est révélé concluant. Par ailleurs, les essais réalisés dans le cadre de précédentes demandes de renouvellement d'appareils acoustiques, notamment en 2001 et 2007, tendaient déjà à démontrer que l'assuré avait besoin d'appareils « très complexes », offrant des performances supérieures à celles des appareils pour lesquels est prévu le forfait ordinaire de CHF 1'650.-. Dans ces conditions, peu importe que le Dr C_____ – qui n'a pas été mandaté dans le cadre de l'examen d'un cas de rigueur – n'ait pas fait état de « facteurs aggravants supplémentaires », dans le formulaire succinct qu'il a joint à son rapport du 13 mars 2018. En outre, comme le fait remarquer le recourant, l'intimé ne cite aucune référence légale ou jurisprudentielle à l'appui de son point de vue, selon lequel seuls des appareils de type « contour d'oreille » pourraient être qualifiés de simples, adéquats et économiques.

Par ailleurs, au regard de la description du poste de travail figurant dans le journal de bord qu'a rempli le recourant, ainsi que dans sa lettre du 22 mai 2018, on peut raisonnablement admettre que la profession de préposé au guichet du service E_____, qui requiert que l'assuré s'entretienne régulièrement avec les administrés, y compris par téléphone, implique des exigences élevées en matière d'audition. Cela est d'autant plus vrai que le recourant exerce apparemment son activité dans un environnement de travail ouvert. Pour le reste, il convient de relever que le recourant a transmis, à l'appui de sa demande d'examen d'un cas de rigueur, tous les documents prescrits par la CMAI, ce que l'intimé ne remet pas en question.

Enfin, il est important de rappeler que l'existence d'un cas de rigueur s'apprécie avant tout à l'aune de critères audiologiques et que, dans ce contexte, l'examen par une clinique oto-rhino-laryngologique agréée constitue un facteur décisif (arrêt du Tribunal fédéral 9C_114/2018 du 19 juillet 2018 ; ATAS/359/2016 du 6 mai 2016 consid. 7 ; circulaires AI n° 304 et 342). Or, un tel examen fait précisément défaut dans le cas d'espèce.

c. Au vu de ce qui précède, il convient d'admettre que l'intimé aurait dû confier un mandat d'expertise à une clinique oto-rhino-laryngologique agréée, pour qu'elle formule à son intention une recommandation quant à l'existence d'un cas de rigueur, conformément au ch. 2054 CMAI (en relation avec l'art. 43 LPGA).

11. Partant, le recours doit être partiellement admis, la décision du 17 janvier 2019 annulée et la cause renvoyée à l'intimé afin qu'il complète l'instruction dans le sens qui précède, puis rende une nouvelle décision portant sur la prise en charge des appareils auditifs du recourant au-delà du forfait ordinaire de CHF 1'650.-.
12. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens, à charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais,

émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ;
RS E 5 10.03).

13. La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, un émolument de CHF 500.- sera mis à charge de l'intimé (art. 69 al. 1 bis LAI).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule la décision du 17 janvier 2019.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision, au sens des considérants.
4. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de CHF 1'500.- à titre de dépens.
5. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le