

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 juillet 2017

Composition : M. NEU, juge unique
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

N._____, à R._____, recourant, représenté par Inclusion Handicap, à
Lausanne,

et

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

Art. 8, 21 et 21^{bis} LAI ; 14 RAI ; 2 OMAI ; 2053 ss CMAI

E n f a i t :

A. a) Ressortissant péruvien entré en Suisse en 1988, au bénéfice d'une autorisation d'établissement (permis C), N._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1952, divorcé, a travaillé dès le 11 octobre 1999 en tant que programmeur - fraiseur pour le compte de l'atelier de mécanique de précision D._____, à Z._____.

Le 30 janvier 2001, au cours de vacances dans son pays d'origine, N._____ a été victime d'un accident entraînant un traumatisme bilatéral aigu causé par de la foudre tombée près de lui lors d'un orage. Le cas a été annoncé à l'assureur-accidents (Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents [ci-après : la CNA]). Appareillé dès 2002, l'assuré a toutefois continué à travailler, en cachant, dans un premier temps, ses problèmes auditifs à son employeur, craignant de perdre son emploi. Il a été licencié pour le 31 décembre 2002 avant d'émarger à l'assurance-chômage.

Par arrêt du 25 mars 2009 (cause n° AA 32/04 - 60/2009), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud a rejeté le recours interjeté par l'assuré contre la décision sur opposition de la CNA du 30 décembre 2003 lui reconnaissant le droit à la prise en charge des frais de traitement et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité mais lui refusant le service de ses prestations financières (rente et indemnités journalières) en l'absence d'incapacité de travail attestée.

b) Le 7 mai 2001, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), tendant à la prise en charge des coûts d'un appareil auditif, requête que l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) a acceptée le 3 avril 2002.

c) En date du 9 décembre 2002, l'assuré a rempli une demande de prestations AI en vue d'obtenir un reclassement professionnel.

Par jugement du 8 mai 2006 (cause n° AI 231/05 - 133/2006), le Tribunal cantonal des assurances du canton de Vaud a rejeté le recours formé par l'assuré contre la décision sur opposition du 12 octobre 2005 concernant les bases de calcul du revenu déterminant pour les indemnités journalières de l'AI.

L'assuré a par la suite bénéficié de diverses mesures professionnelles allouées par l'office AI.

d) Le 13 septembre 2012, N. _____ a déposé une nouvelle demande de prestations AI.

Par arrêt du 19 avril 2016 (cause n° AI 272/15 - 101/2016), la Cour de céans a pris acte du retrait du recours de l'assuré contre la décision du 24 août 2015/16 octobre 2015 lui reconnaissant le droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} mars 2013 sur la base d'un degré d'invalidité de 100%.

B. En date du 20 octobre 2015, l'assuré a déposé auprès de l'office AI une demande de moyens auxiliaires en vue de la prise en charge d'appareils auditifs.

Le 7 mars 2016, le Dr L. _____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, a indiqué que l'assuré souffrait d'une perte auditive totale (100%) à gauche et résiduelle à droite (87,1% selon l'audiogramme tonal et 73,3% selon l'audiogramme vocal). En raison d'un déficit auditif ancien se péjorant toujours davantage avec une cophose gauche, il a préconisé une adaptation prothétique sous la forme d'un appareillage de type Bi-Cross convenant au handicap de son patient et à sa volonté de se réinsérer professionnellement.

Le 15 mars 2016, l'office AI a fait savoir à l'assuré qu'il remboursait le forfait de 1'650 fr. pour un appareillage acoustique binaural homologué en Suisse.

Par pli du 25 mai 2016, l'assuré a expliqué que son audition s'était dégradée de manière importante depuis 2015, de sorte qu'il demandait à pouvoir bénéficier d'un appareillage de type Bi-Cross d'une valeur de 5'148 fr. 90. En outre, deux essais à domicile l'avaient convaincu de l'utilité de ce système. Il a dès lors transmis son dossier complet en vue de l'ouverture d'un cas de rigueur. Il ressortait du journal accompagnant une demande d'examen de cas de rigueur pour appareillage auditif que, même s'il était sans activité lucrative, le fait de n'entendre que d'une seule oreille altérait sa qualité de vie. Outre des problèmes pour se situer dans l'espace, il était sujet à des étourdissements, éprouvait des difficultés pour conduire et peinait à localiser la provenance des sons ainsi que ses interlocuteurs.

Dans une lettre à l'office AI du 6 juin 2016, K._____, audioprothésiste en charge de l'assuré depuis le 9 octobre 2015, a appuyé les démarches de son patient en vue de l'ouverture d'un cas de rigueur.

Par décision du 20 septembre 2016 faisant suite à un projet du 6 juillet précédent que l'assuré n'a pas critiqué, l'office AI a refusé la prise en charge du coût supplémentaire de l'appareillage auditif sollicité sur la base des constatations suivantes :

« Après étude de votre dossier, il ressort qu'en raison de votre surdité, le port d'un appareillage acoustique binaural est nécessaire depuis 2002 et que vous êtes au bénéfice d'une rente entière.

Selon la réglementation des cas de rigueur pour les appareillages auditifs, ch. 5.07.2* de l'annexe OMAI, ch. 2053 CMAI, le droit à un forfait supérieur aux montants standards prévus au ch. 5.07 de l'annexe OMAI, n'intervient que lorsque nous avons à faire à des assurés qui exercent une activité lucrative, accomplissent des travaux habituels ou suivent une formation, ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

Dès lors, les conditions du cas de rigueur ne sont pas remplies et notre communication du 15 mars 2016 relative à la prise en charge du renouvellement de vos deux appareils acoustiques d'un montant

forfaitaire de CHF 1650.00 reste en vigueur. Ce montant vous sera remboursé sur présentation de la formule de facturation qui avait été jointe à l'envoi du 15 mars 2016, accompagnée d'une copie de la facture du vendeur. »

C. Par acte du 21 octobre 2016, N._____ a saisi la Cour de céans d'un recours contre cette décision dont il demande sous suite de frais et dépens l'annulation en ce sens que l'office AI soit tenu de prendre en charge « les coûts supplémentaires de l'appareillage auditif dont la valeur totale est de CHF 5'148.90 selon le devis d'A._____ Sàrl, à V._____ ». Subsidiairement, il conclut au renvoi de la cause à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision. En premier lieu, le recourant fait observer que l'intimé reconnaît la nécessité d'un appareillage acoustique de type Bi-Cross, de sorte qu'il admet que celui-ci remplit les critères de simplicité et d'adéquation. Il ne conteste pas davantage le fait que les critères audiologiques prévus par la circulaire AI n° 304 soient remplis. En revanche, contrairement à ce que soutient l'autorité intimée, le recourant estime que sa situation relève d'un cas de rigueur. En effet, outre que le coût de l'appareillage auditif de 3'498 fr. 90 (soit la différence entre le forfait de 1'650 fr. et le montant de 5'148 fr. 90) ne saurait raisonnablement être mis à la charge d'une personne au bénéfice d'une rente entière d'invalidité, il fait valoir qu'il accomplit régulièrement des tâches ménagères et s'occupe quotidiennement de ses quatre petits-enfants, âgés de 2 à 6 ans. L'intimé ne saurait dès lors considérer qu'il n'accomplit pas ses travaux habituels, dans la mesure où le fait de s'occuper de quatre enfants en bas âge nécessite une vigilance de tous les instants à l'intérieur comme à l'extérieur. En conséquence, le recourant relève qu'il remplit toutes les conditions pour que la réglementation relative au cas de rigueur lui soit applicable.

Dans sa réponse du 20 janvier 2017, l'office AI réfute l'existence d'un cas de rigueur dans la situation du recourant. En effet, celui-ci n'exerce pas d'activité lucrative ni ne suit une formation. S'agissant des travaux habituels, le simple fait d'affirmer qu'il accomplit régulièrement des tâches ménagères sans en préciser l'ampleur ne permet pas d'admettre le bénéfice certain d'un appareil acoustique élaboré. Selon l'intimé, la possibilité d'être mis au bénéfice d'un

financement supérieur au forfait est réservée aux situations qui se démarquent par une activité accrue de l'assuré impliquant de nombreux déplacements et la confrontation fréquente avec autrui. Se référant à un courrier de l'assuré du 23 septembre 2016 dans lequel ce dernier évoquait sa volonté de s'investir dans diverses associations, l'office AI salue sa motivation tout en relevant que l'intéressé ne s'est pas impliqué de manière effective dans ces activités. Il admet toutefois qu'une étape de la procédure d'instruction concernant l'examen des cas de rigueur n'a pas été respectée, soit l'expertise par une clinique agréée conformément au ch. 2053 de la circulaire édictée par l'Office fédéral des assurances sociales concernant la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-invalidité, mais conclut néanmoins au rejet du recours et au maintien de la décision querellée.

En réplique du 16 février 2017, le recourant réitère les arguments développés dans son écriture précédente et ajoute que l'absence d'engagement dans une vie associative tient précisément à son handicap et à l'inadéquation de son appareillage acoustique. Il souligne en outre le fait que si une étape de la procédure n'a pas été observée, l'intimé en porte seul la responsabilité ayant rendu sa décision sans avoir soumis son cas à une clinique agréée alors même qu'il était en possession de la documentation requise. Partant, le recourant déclare modifier ses conclusions « en ce sens que la décision litigieuse doit être, sous suite de frais et dépens, annulée et la cause renvoyée à l'Office AI pour instruction complémentaire en ce sens qu'il lui incombe de soumettre [sa] demande (...) à une clinique ORL, conformément aux chiffres 2053 et 2054 CMAI. »

Dupliquant en date du 15 mars 2017, l'office AI se réfère à son écriture du 20 janvier 2017 et conclut derechef au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée.

Le 15 mars 2017, le recourant a produit la réponse de la police de sûreté vaudoise à sa postulation à une offre d'emploi en qualité d'interprète. Il fait remarquer que sans un appareillage auditif adéquat, il

serait dans l'impossibilité d'exercer son activité et encore moins d'être admis en cette qualité par la police de sûreté.

Dans ses déterminations du 3 avril 2017, l'intimé fait observer que la réponse de la police de sûreté vaudoise ne concerne qu'une postulation. Au demeurant, le taux auquel cet emploi serait exercé n'est pas connu. Partant, il déclare maintenir ses conclusions tendant au rejet du recours et à la confirmation de la décision litigieuse.

S'exprimant une ultime fois par pli du 4 mai 2017, le recourant s'est contenté de renvoyer à ses précédentes écritures et plus particulièrement à sa réplique du 16 février 2017.

Cette correspondance a été transmise pour information à l'office intimé, qui n'a pas procédé plus avant.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal cantonal des assurances du domicile de l'office concerné.

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) qui prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD et art. 83b LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]).

c) En l'espèce, interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA), le recours satisfait en outre aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière au fond.

La valeur litigieuse étant inférieure à 30'000 fr., la présente cause relève de la compétence d'un membre de la Cour, statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte sur le droit de l'assuré à la prise en charge d'un appareil auditif plus performant avec système Bi-Cross, sous l'angle d'un cas de rigueur.

3. L'art. 8 LAI prévoit que les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (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. 1^{bis}). 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).

En vertu de l'art. 21 al. 1, première phrase, LAI, l'assuré a droit aux moyens auxiliaires dont il a besoin pour exercer une activité lucrative

ou accomplir ses travaux habituels, pour maintenir ou améliorer sa capacité de gain, pour étudier, apprendre un métier ou suivre une formation continue, ou à des fins d'accoutumance fonctionnelle. L'art. 21 al. 2 LAI prévoit que 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. Selon l'art. 21 al. 3 LAI, 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.

Selon l'art. 21^{bis} 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).

L'octroi de moyens auxiliaires est subordonné à la réalisation des conditions du droit à de telles prestations selon l'art. 8 LAI (adéquation, nécessité, efficacité de la réadaptation [ATF 133 V 257 consid. 3.2]). L'assurance-invalidité n'a pas pour vocation d'assurer les mesures qui sont les meilleures dans le cas particulier, mais seulement celles qui sont nécessaires et propres à atteindre le but visé (TF 9C_265/2012 du 12 octobre 2012 consid. 4.2 et la référence citée).

4. A l'art. 14 RAI (règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; 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 rendues 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. 21^{quater} 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 régit 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 fr. pour un appareillage monaural et de 1'650 fr. pour un appareillage binaural, hors frais de réparation et de piles. Le forfait pour l'achat de piles est, par année civile, de 40 fr. pour un appareillage monaural et de 80 fr. pour un appareillage binaural. Le forfait pour les frais des réparations

effectuées par le fabricant est de 200 fr. pour les dommages électroniques et de 130 fr. 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.

5. 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 ch. 5.07 peuvent être versés pour un appareillage monaural ou binaural.

Selon la circulaire concernant la remise des moyens auxiliaires par l'assurance-invalidité (ci-après : la CMAI) éditée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) dans sa teneur en vigueur au 1^{er} janvier 2016, 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 ORL spécialisées (ch. 2053*).

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 disponible sur www.av-s-ai.info). 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 indique à l'assuré la clinique ORL la plus proche et confie à cette dernière un mandat d'examen. 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 (ch. 2054*). Après avoir procédé à l'examen, la clinique ORL fait une recommandation à l'office AI. Elle peut facturer ses examens à l'office AI selon le tarif TARMED (ch. 2055*). Si, dans sa recommandation, la clinique ORL 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 (ch. 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) (ch. 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 exemple maladie de Ménière avec large conduit

vestibulaire) ; surdité rétrocochléaire pour laquelle l'utilité d'un appareil auditif est avérée.

6. a) L'office AI a refusé la prise en charge des coûts supplémentaires de l'appareillage acoustique sollicité, faute pour l'assuré de remplir les conditions permettant la reconnaissance d'un cas de rigueur. En effet, outre qu'il n'exerce pas d'activité lucrative ni ne suit aucune formation continue, l'autorité intimée considère que le fait de s'occuper de ses petits-enfants ne suffit pas pour admettre qu'il exerce ses travaux habituels.

Pour sa part, le recourant expose qu'il vit seul, ce qui implique qu'il doit gérer lui-même toutes ses affaires administratives, son ménage et toutes les autres tâches de la vie quotidienne. De plus, les tâches ménagères à accomplir ressortent de la vie quotidienne de tout un chacun (nettoyage, lessive, repassage, affaires administratives, achats, déplacements à l'extérieur, ...). Le recourant s'occupe en outre quotidiennement de ses quatre petits-enfants pendant que leurs parents travaillent, ce qui suppose une constante disponibilité et une attention soutenue.

Force est de constater que le dossier tel que constitué ne contient aucune pièce, laissant entendre que le recourant ne serait pas en mesure d'accomplir ses travaux habituels.

b) Cela étant, il ressort clairement de la circulaire ad hoc (CMAI) qu'une demande telle que celle de l'assuré doit être soumise à l'examen d'une des cliniques agréées (ch. 2053*), lesquelles reçoivent les documents prérequis par l'office AI puis sont chargées d'établir une recommandation portant sur l'existence même d'un cas de rigueur (ch. 2056*). Ainsi, il ne s'agit pas d'un simple examen clinique, mais d'un préavis portant sur la réalisation des conditions matérielles du droit à la prestation, singulièrement aussi l'opportunité d'un tel octroi.

Il convient par ailleurs de souligner que l'existence d'un cas de rigueur s'apprécie avant tout à l'aune de critères audiologiques, comme cela ressort de la circulaire n° 304 ainsi que du besoin de réadaptation de l'assuré. Il appartenait ainsi à l'office AI de déterminer si les critères audiologiques étaient réalisés.

L'office AI ne pouvait dès lors se dispenser de faire procéder à cet examen par une clinique ORL agréée sans contrevenir à son obligation de diligenter correctement l'instruction, dans le respect des règles prescrites et des droits de l'assuré en découlant.

c) Eu égard à ce qui précède, la décision entreprise s'avère non conforme au droit dès lors qu'elle a nié l'existence d'un cas de rigueur sans apprécier la situation médicale.

7. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (cf. TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (cf. DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies

par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) Contrevenant à son devoir de prendre d'office toutes les mesures d'instruction nécessaires (art. 43 al. 1 LPGA), - l'examen du cas par une clinique agréée l'étant manifestement, ce dont l'office AI ne disconvient au demeurant pas -, l'intimé doit être sanctionné par un renvoi à compléter l'instruction dans ce sens en interpellant le Service ORL de l'Hôpital S. _____ tel que figurant sur la liste agréée (cf. ch. 2053* CMAI). A cette occasion, il instruira également la question de la prise d'emploi soulevée par le recourant en cours de procédure. Cela fait, il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions du recourant.

8. En définitive, bien-fondé, le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'office AI pour qu'il rende une nouvelle décision après avoir procédé à un complément d'instruction conformément aux considérants.

a) Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD).

En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, ces frais doivent être arrêtés à 400 fr. et seront supportés par l'intimé qui succombe (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

b) Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un avocat d'Inclusion Handicap, peut prétendre une indemnité de dépens à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD ; art. 10 et 11 TFJDA [tarif cantonal vaudois des frais judiciaires et des dépens en matière administrative du 28 avril 2015 ; RSV 173.36.5.1]) et

qu'il y a lieu de fixer à 1'200 fr., compte tenu de l'importance et de la complexité de l'affaire.

**Par ces motifs,
le juge unique
prononce :**

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 20 septembre 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.
- III. Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à N. _____ une indemnité de 1'200 fr. (mille deux cents francs) à titre de dépens.

Le juge unique :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Inclusion Handicap (pour N._____),
- 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).

Le greffier :