

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 décembre 2017

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, juge unique
Greffière : Mme Kuburas

Cause pendante entre :

P._____, à [...], recourant,

et

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

Art. 29 al. 1 Cst. ; art. 6 par. 1 CEDH

E n f a i t :

A. P._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 4 novembre 2016, avec l'aide de la société I._____, une demande d'octroi de moyens auxiliaires, sous forme d'un appareil auditif binaural. Il indiquait avoir été traité par le Dr Y._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie.

En réponse à cette demande, l'OAI a informé l'assuré le 8 novembre 2016 qu'il entreprenait le rassemblement des renseignements nécessaires à l'examen.

Le 2 décembre 2016, le Dr Y._____ a complété le rapport médical destiné à l'OAI, indiquant une perte auditive selon l'audiogramme tonal à droite de 63.2 % et à gauche de 50.6 %. La perte auditive selon l'audiogramme vocal était de 85 % à droite et de 83.3 % à gauche. Dans le résumé d'anamnèse, ce médecin a mentionné ce qui suit : « conduit auditif externe et tympan en ordre des deux côtés. Otospongiose marquée des deux côtés mais ne souhaite pas une intervention chirurgicale ».

Par communication du 7 février 2017, l'OAI a confirmé à l'assuré la prise en charge du forfait pour un appareil acoustique binaural selon l'art. 21 LAI (loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 ; RS 831.20), pour un montant de 1'650 francs.

Le 13 mars 2017, l'assuré a informé l'OAI, qu'après s'être rendu dans diverses agences d'audition, il n'avait pas pu trouver de solution, compte tenu du montant de 1'650 fr. alloué. Il a ainsi demandé à l'OAI de lui transmettre des adresses d'agences proposant des appareils dans la gamme de prix allouée et dans le cas contraire, il a réclamé l'ouverture d'une procédure pour que sa reconversion professionnelle soit entreprise.

Réagissant le 12 avril 2017, l'OAI a répondu à l'assuré qu'il était susceptible de remplir les conditions d'un cas de rigueur et que la prise en charge de l'aide auditive pouvait être supérieure au forfait standard. A ce titre, l'OAI a réclamé les documents suivants : une demande avec motivation détaillée, un rapport du fournisseur de l'appareil auditif et un journal de bord rempli par la personne assurée. Il a indiqué qu'à réception de ces documents, si la demande de l'assuré paraissait justifiée, une expertise serait confiée à la clinique ORL (oto-rhino-laryngologie) la plus proche.

Par courrier du 23 avril 2017, l'assuré a réitéré sa demande à l'OAI de lui indiquer les fournisseurs officiels lui permettant d'obtenir un appareil binaural dans le forfait octroyé.

Le 26 juin 2017, l'assuré a complété le journal accompagnant une demande d'examen de cas rigueur pour appareillage auditif en indiquant son activité professionnelle (technico-commercial), les difficultés qu'il rencontrait en termes de communication dans son travail, ainsi que l'environnement acoustique dans lequel il exerçait son activité professionnelle. Il a en outre informé l'OAI que la société I. _____ lui ferait directement parvenir d'autres documents.

Le 30 juin 2017, l'OAI a attiré l'attention de l'assuré sur le fait que l'assurance-invalidité ne prenait pas en charge tous les frais de l'appareillage et que pour faciliter l'examen de la facture, il convenait que les prestations fournies et le prix des appareils auditifs soient indiqués en toute transparence. Il a ensuite expliqué que les accessoires restaient à charge de l'assuré, que l'assurance-invalidité ne remboursait pas le coût des télécommandes, à moins que ces dernières soient nécessaires en raison d'invalidité, que le coût des piles était remboursé séparément et rétroactivement, de sorte qu'il ne pouvait pas faire partie de la facture des appareils auditifs, que les réparations, si elles s'avéraient nécessaires, seraient remboursées après coup, que l'assurance-invalidité ne payait aucune assurance pour appareillage auditif de même qu'aucune protection auditive, et qu'étaient réputés adéquats au sens de la loi sur

l'assurance-invalidité exclusivement les appareils auditifs placés derrière l'oreille. Les coûts supplémentaires pour d'autres modèles étant à la charge de l'assuré. L'OAI a en outre indiqué que l'assurance-invalidité ne remboursait pas les prestations telles que l'autoscopie et tests de l'audition, dans la mesure où ces dernières étaient déjà comprises dans les frais du médecin ORL (oto-rhino-laryngologue). L'OAI a dès lors recommandé à l'assuré de réclamer à son audioprothésiste une facture détaillée mentionnant les prestations fournies en toute transparence et attirait son attention sur le fait qu'il ne pouvait rembourser les montants facturés de manière forfaitaire.

Le 10 juillet 2017, la société I. _____ a fait parvenir à l'OAI un courrier confirmant qu'elle avait effectué un test d'aide auditive de base dont le tarif, même le plus bas possible, n'était pas couvert par le forfait de 1'650 francs. Le fournisseur a de plus confirmé que ces aides apportaient satisfaction au patient et a annexé à ce courrier un devis formulé de la manière suivante :

« DEVIS	
BERNAFON SAPHIRA 3	2
1'000.00	
Ensemble de services binaural	1
1'990.00	
tests d'orientation	
Prise d'empreintes	
Adaptation par sondes	
in-vivo	
test d'efficacité phonétique	
tonal et vocal	
Kit d'entretien	
1 an de piles	
2 ans de garantie	
Suivie prothétique de l'aide	
auditive à vie	
Remise :	830.00 Chf
Total :	3'160.00 Chf »

Le 10 septembre 2017, l'assuré a réinterpellé l'OAI lui reprochant son temps de réaction. Il a indiqué dissimuler son problème d'audition à son employeur, être incapable de suivre une conversation,

vivre un calvaire et un stress quotidien, compte tenu de son activité d'ingénieur de vente, et confirmé risquer un licenciement à tout moment. Il a souhaité que l'intégralité de son appareillage soit prise en charge par l'assurance-invalidité et a exigé ce qui suit :

« (...)

1. C'est mon poste et les conditions de salaire actuelles qui serviront de base pour toutes les mesures futures. En date du 11 septembre 2017, je suis employé par [...] en tant qu'ingénieur de vente.
2. Dans le cas où je perdrais mon travail et que l'assurance-chômage jugerait mon employabilité diminuée, vous restez responsable et assumerez de combler la différence de prestations qu'ils ne voudront pas prendre à leur charge.
3. Vous ne ferez pas prévaloir le fait que j'ai pu assumer cette situation jusqu'à maintenant et que vous n'étiez pas au courant de l'urgence. »

L'OAI a répondu à l'assuré le 28 septembre 2017 de la manière suivante :

« (...)

On observe qu'en date du 8 novembre 2016, vous avez déposé une demande de financement relative à des aides auditives, suite à laquelle une communication de prise en charge du forfait pour un appareil acoustique binaural a été établie le 7 février dernier.

Le mois suivant, une demande allant dans le sens d'une prise en charge supérieure, sous l'angle du cas de rigueur, nous a été adressée. Les documents nécessaires à l'examen de cette requête ont été sollicités par correspondance du 12 avril 2017. Ceux-ci nous ont été communiqués cet été.

Après examen de ces pièces, nous avons les remarques suivantes à vous soumettre. Tout d'abord, dans le cadre de l'établissement de notre décision, il est nécessaire que nous disposions d'une facture - et non d'un devis - attestant du montant final dont vous vous êtes acquitté et comprenant les positions tarifaires utilisées dans le domaine.

A ce propos, nous observons que le devis produit fait état de prestations de service, lesquelles ne sont pas financées par notre assurance. Seul le coût de l'appareil est pris en charge. En effet, pour mémoire, l'admission d'un cas de rigueur permet à notre administration de verser un montant supérieur aux forfaits prévus pour un appareillage monaural ou binaural depuis le 1^{er} juillet 2011. Il s'agit de situations où l'appareil 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. Une telle prise en charge ne signifie pas que tous les

montants indiqués par les fournisseurs au sein de leur facture doivent être assumés par notre Office.

En particulier, la prestation de service constitue un montant forfaitaire couvrant les éventuels frais relatifs à des futures manipulations de la part de l'audioprothésiste sur l'appareil. Or, ces interventions sont incertaines et on ne peut savoir à l'avance leur contenu. Une telle prestation n'est pas obligatoire, elle est - devrait être - laissée au libre choix de l'assuré.

Dans notre communication d'octroi, notre assurance assume les coûts effectifs liés au dispositif et non les frais en relation avec le suivi de l'appareillage. En matière de facturation, nous exigeons une transparence totale de la part du fournisseur. Cet aspect ressort notamment de la lettre d'information « Facturation de moyens auxiliaires pour cas de rigueur » que nous faisons parvenir en date du 30 juin 2017. Il y est spécifié que *nous ne prenons pas en charge tous les frais et que, pour faciliter l'examen de la facture, il est nécessaire que les prestations fournies et le prix des appareils auditifs soient indiqués en toute transparence*. Nous mettons en garde l'assuré sur le fait que nous ne pouvons pas rembourser des montants facturés de manière forfaitaire.

Notre assurance s'engage à payer le prix de l'appareillage. La prise en charge des frais annexes à l'adaptation du dispositif, tels que, par exemple les piles ou les réparations, est réglée par l'ordonnance, la circulaire ou encore les lettres-circulaires applicables dans le domaine. Dès lors, une facture conforme aux considérations qui précèdent doit nous être transmise pour prise de position.

Par ailleurs, nous relevons que le rapport du fournisseur mérite d'être complété. Ce document doit exposer :

- Les modèles de base testés ;
- Les raisons pour lesquelles ces modèles seraient insuffisants au vu des circonstances professionnelles du cas d'espèce ;
- Les exigences techniques auxquelles doit correspondre l'appareillage pour convenir aux particularités de la situation ;
- L'appareillage le moins onéreux parmi les prothèses auditives susceptibles de répondre aux exigences que le spécialiste aura évoquées.

Ainsi, un complément d'informations sur ce plan est nécessaire. »

B. Par acte du 4 octobre 2017, P. _____ recourt par devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, au motif qu'il attend depuis plus de trois mois des indications de la part de l'OAI sur la suite de la gestion de son problème d'audition. Il explique qu'il n'entend pas financer de sa poche un appareillage, sans lequel il n'est pas en mesure d'exercer son activité professionnelle. Il indique attendre de l'intimé qu'il traite les dossiers avec diligence, en prenant ses responsabilités sur les conséquences que pourrait avoir sur sa situation professionnelle un retard sans une décision rapide de sa part.

Le 13 octobre 2017, le recourant écrit une nouvelle fois à la Cour de céans en demandant si sa démarche est correcte, ce qu'il doit faire avec l'audioprothésiste et comment peut-il être tenu responsable d'actes d'un professionnel dont il n'a pas les compétences. Il joint à cette correspondance le courrier du 5 octobre 2017, adressé directement à l'intimé, dont le contenu est le suivant :

« J'accuse réception de votre courrier du 28 septembre 2017. Je vous informe qu'il est parvenu le 4 octobre et que ma plainte auprès de la Cour des assurances sociales est partie le 2 octobre 2017. Comme un épilogue va rapidement être trouvé, je ne poursuivrai pas cette voie.

Pour rappel, vous n'avez toujours pas répondu à mon courrier du 23 avril 2017 dont je vous joins une copie.

Votre courrier du 12 avril 2017 dont je vous joins également une copie, ne mentionne aucunement les nouveaux documents que vous me demandez dans votre courrier du 28 septembre 2017 ?

- Il n'est nullement demandé une facture dans votre courrier du 12 avril 2017

Actuellement je n'ai pas acheté d'appareil, je n'ai fait qu'un test afin de savoir quel appareil peut convenir. En effet, je n'ai pas trouvé d'appareil dans le montant que vous allouez, remarque que vous ne pouvez ignorer de par mes précédents courriers.

Le devis envoyé par l'audioprothésiste ne m'est pas connu, je n'ai aucune compétence dans ce domaine et ne peut pas en juger de toute manière. C'est Madame [...], collaboratrice de l'AI, qui m'a indiqué de faire un test suite à une téléphone de ma part.

Pour la plus grande partie de votre courrier, je ne peux pas vous répondre, il réfère à des compétences que je n'ai pas.

- Les raisons pour lesquelles ces modèles seraient insuffisants au vu des circonstances professionnelles du cas d'espèce
- Les exigences techniques auxquelles doit correspondre l'appareillage pour convenir aux particularités de la situation
- L'appareillage le moins onéreux parmi les prothèses auditives susceptibles de répondre aux exigences que le spécialiste aura évoquées

Pour ma part, l'audioprothésiste m'a dit qu'il avait envoyé un rapport, j'ose espérer que si ce dernier est insuffisant vous lui avez communiqué personnellement les manquements afin qu'il le complète. En ce qui concerne les appareils testés, je me suis arrêté au moins coûteux selon l'audioprothésiste et cet appareil paraît convenir.

(...). »

Par courrier du 16 octobre 2017, le recourant transmet à la Cour de céans un courrier que lui a adressé l'intimé le 10 octobre 2017, de même que sa réponse du 16 octobre 2017 envoyée à l'intimé.

Par ordonnance du 23 octobre 2017, la juge instructrice en charge du dossier demande au recourant, compte tenu des courriers qu'il lui a transmis, la suite qu'il entend donner à son recours pour déni de justice, lui donnant la possibilité de le retirer cas échéant. Elle lui suggère de s'adresser à un mandataire professionnel pour le représenter et cas échéant le conseiller en la matière.

Par déterminations du 26 octobre 2017, le recourant maintient implicitement son recours et demande à l'intimé d'assumer les risques inhérents à la lenteur de son système.

Par réponse du 7 novembre 2017, l'intimé conclut au rejet du recours, au motif que les éléments que le recourant lui a fait parvenir ne sont pas suffisants pour prendre position sur sa situation. Les aspects devant être complétés sont indiqués dans son courrier du 28 septembre 2017 adressé à l'intéressé. L'intimé fait parvenir en annexe une copie du dossier constitué pour le compte du recourant.

E n d r o i t :

1. a) Aux termes de l'art. 56 al. 2 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) un recours peut être formé lorsque l'assureur, malgré la demande de l'intéressé, ne rend pas de décision ou de décision sur opposition. Le recours doit être interjeté devant le tribunal qui serait compétent pour statuer sur un recours contre la décision attendue (ATF 130 V 90). Peut interjeter le recours celui qui disposerait d'un intérêt digne de protection à recourir contre cette décision (ATF 133 V 188 consid. 3.2, 4 et 5).

Ces conditions sont remplies en l'espèce et le recours est recevable.

b) Aux termes de l'art. 58 al. 1 LPGA, le Tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours.

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 s'applique notamment aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (cf. art. 93 let. a LPA-VD). La valeur litigieuse étant dans le cas d'espèce 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. En l'espèce, la question litigieuse est celle de savoir si l'OAI a tardé à rendre une décision relative à la demande de moyens auxiliaires déposée par le recourant le 4 novembre 2016.

3. a) L'art. 29 al. 1 Cst. (constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) dispose que toute personne a droit, dans une procédure judiciaire ou administrative, à ce que sa cause soit traitée équitablement et jugée dans un délai raisonnable. A l'instar de l'art. 6 par. 1 CEDH (convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 ; RS 0.101) - qui n'offre, à cet égard, pas une protection plus étendue -, cette disposition consacre le principe

de la célérité, autrement dit prohibe le retard injustifié à statuer. L'autorité viole cette garantie constitutionnelle lorsqu'elle ne rend pas la décision qu'il lui incombe de prendre dans le délai impératif prescrit par la loi ou dans un délai que la nature de l'affaire ainsi que toutes les autres circonstances font apparaître comme raisonnable (ATF 130 I 312 consid. 5.1 et les références citées ; cf. également TF 9C_426/2011 du 14 décembre 2011 consid. 3.1).

b) La LPGA et la LAI ne fixent pas le délai dans lequel l'assureur doit rendre sa décision. En pareil cas, le caractère raisonnable de la durée de la procédure s'apprécie en fonction des circonstances particulières de la cause, lesquelles commandent généralement une évaluation globale. Sont notamment déterminants le degré de complexité de l'affaire, l'enjeu que revêt le litige pour l'intéressé ainsi que le comportement de ce dernier et celui des autorités compétentes. A cet égard, il appartient au justiciable d'entreprendre ce qui est en son pouvoir pour que l'autorité fasse diligence, en l'invitant à accélérer la procédure (ATF 130 I 312 consid. 5.2 et les références citées ; cf. également TF 9C_426/2011 du 14 décembre 2011, consid. 3.2). Des « temps morts » ne justifient pas d'emblée un constat de retard injustifié à statuer, mais seront intégrés dans une appréciation globale de la durée de la procédure (ATF 124 I 139).

4. Dans le cas d'espèce, le recourant a déposé la demande de prise en charge d'appareils auditifs auprès de l'intimé le 4 novembre 2016. Le 7 février 2017, après avoir rassemblé les renseignements nécessaires, l'intimé a communiqué son accord au recourant lui octroyant le montant forfaitaire de 1'650 fr., conforme au chiffre 5.07 de l'OMAI (Ordonnance du 29 novembre 1976 du département fédéral de l'intérieur concernant la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-invalidité ; RS 831.232.51) applicable en cas de remise d'appareils auditifs. L'OAI s'étant prononcé, sous forme de communication, sur la demande du recourant dans un délai de trois mois, on ne saurait lui reprocher à ce stade d'avoir tardé à statuer.

Le reproche adressé par le recourant à l'intimé par courrier du 13 mars 2017 de ne pouvoir acquérir les appareils auditifs même de base avec ce montant a été suivi d'un courrier de l'intimé un mois plus tard (12 avril 2017) lui indiquant qu'il remplissait peut-être les conditions d'un cas de rigueur lui permettant de bénéficier d'un financement plus élevé que le forfait de base. Dans ce même courrier, l'intimé lui a réclamé des documents (demande avec motivation détaillée, rapport du fournisseur de l'appareil auditif et journal de bord rempli par la personne assurée) afin d'examiner si les conditions étaient remplies.

Le journal accompagnant une demande d'examen de cas de rigueur pour appareillage auditif a été retourné par le recourant le 26 juin 2017, tandis que les renseignements émanant de la société I._____ ont été transmis à l'OAI directement par cette dernière le 10 juillet 2017. C'est par courrier du 28 septembre 2017 que l'OAI, après examen des documents précités, a transmis au recourant toutes les explications nécessaires relatives aux raisons qui ne lui permettaient pas encore de confirmer la prise en charge des appareils en question et relevé que le rapport du fournisseur devait encore être complété.

A ce stade, force est d'admettre que l'instruction menée par l'intimé pour lui permettre de statuer sur les conditions d'existence d'un cas de rigueur s'agissant du recourant a été effectuée dans des délais raisonnables. Elle est à ce stade toujours en cours dans la mesure où les pièces transmises, notamment celles qui ont été envoyées par la société I._____, plus particulièrement son devis, sont suffisamment imprécises pour ne pas permettre à l'OAI de statuer de manière définitive.

A cet égard, on rappellera au recourant l'art. 28 al. 2 LPGA qui prévoit que celui qui fait valoir son droit à des prestations doit fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires pour établir ce droit et fixer les prestations dues, et à l'intimé qu'il a l'obligation de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires pour recueillir les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 1^{re} phrase LPGA). Dans la mesure où l'OAI dispose du nom de l'entreprise d'appareillage, de même

que du nom du médecin ORL du recourant, on peut attendre de sa part qu'il prenne les mesures nécessaires directement auprès de ces intervenants pour obtenir rapidement les renseignements complémentaires lui permettant de statuer.

Cependant, on ne saurait à ce stade reprocher à l'intimé d'avoir déraisonnablement tardé à statuer au point de commettre un déni de justice.

On relèvera à ce propos que le recourant a admis dans son courrier du 5 octobre 2017 à l'intimé qu'il n'entendait pas poursuivre la voie de la procédure pour déni de justice, ce sur quoi il semble être revenu puisque son maintien du recours ressort implicitement de ce courrier.

Enfin, on rappellera qu'il n'appartient pas au tribunal de renseigner et conseiller l'assuré sur la marche à suivre, tel qu'il l'a requis dans son courrier du 13 octobre 2017 à la Cour de céans, ce que la juge instructrice lui a indiqué en l'invitant à prendre cas échéant contact avec un mandataire professionnel.

5. a) Compte tenu de ce qui précède, le recours pour déni de justice doit être rejeté dans la mesure où il est recevable. L'intimé est invité à faire les démarches nécessaires auprès de la société I. _____ notamment pour obtenir les informations complémentaires faisant défaut et pouvoir cas échéant se déterminer sur la question du cas de rigueur.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA et 69 al. 1bis LAI *a contrario*), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- P._____, à [...],
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :