

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 8 novembre 2023

---

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

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**H.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant,

et

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

---

**Art. 6 par. 1 CEDH ; 29 al. 1 Cst. ; 28 al. 2, 43 al. 1 LPGA**

**E n f a i t :**

**A.** H.\_\_\_\_\_ (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, une demande d'octroi de moyens auxiliaires sous forme d'un appareil auditif binaural.

L'OAI a accusé réception de cette demande le 8 novembre 2016. Il s'est en particulier fait remettre un rapport d'expertise médicale du 2 décembre 2016 indiquant une perte auditive selon l'audiogramme tonal à droite de 63.2 % et à gauche de 50.6 %, tandis que la perte auditive selon l'audiogramme vocal était de 85 % à droite et de 83.3 % à gauche.

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.

L'assuré ayant fait valoir qu'il n'avait trouvé aucune agence proposant des appareils pour le montant alloué, l'OAI l'a invité à déposer une demande de cas de rigueur motivée et documentée. L'assuré a déposé une demande en ce sens le 26 juin 2017 avec une pièce, en annonçant que la société d'acoustique O.\_\_\_\_\_, qui lui avait fourni des appareils en prêt, ferait parvenir directement d'autres documents. O.\_\_\_\_\_ a déposé un devis et un rapport le 10 juillet 2017.

Dans un courrier du 10 septembre 2017, l'assuré s'est plaint de la lenteur de la procédure, en relevant que, sans appareils, son employabilité était nulle. Il refusait de « financer un centime » pour un problème d'audition qui l'empêchait d'exercer son activité professionnelle et que l'OAI serait donc responsable s'il perdait son emploi. S'en est suivi un échange d'écritures, dans lequel l'OAI a indiqué en particulier qu'un devis ne suffisait pas, qu'une expertise serait encore nécessaire une fois le dossier complet et qu'il ne tenait pas de liste officielle des fournisseurs

d'appareillage acoustique, tandis que l'assuré a répété qu'il ne pourrait pas acheter d'appareil tant qu'il n'aurait pas la garantie que son prix serait entièrement pris en charge par l'OAI.

Par arrêt du 22 décembre 2017, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours pour déni de justice déposé par l'assuré le 4 octobre 2017 (AI 320/17 - 3/2018). L'instruction avait été menée par l'OAI dans des délais raisonnables. Elle a néanmoins rappelé que l'assuré devait fournir gratuitement les renseignements nécessaires pour établir son droit aux prestations tandis que, dans la mesure où il disposait des noms de l'entreprise d'appareillage et du médecin ORL du recourant, on pouvait également attendre de l'OAI qu'il entreprenne les mesures nécessaires directement auprès de ces intervenants pour obtenir rapidement les renseignements complémentaires qui lui permettraient de statuer.

L'OAI s'est adressé le 13 mars 2018 à O.\_\_\_\_\_ pour obtenir diverses informations complémentaires. L'entreprise a répondu le 29 mars 2018 et l'OAI a mandaté la D.\_\_\_\_\_ du V.\_\_\_\_\_ le 10 avril 2018. Celle-ci a adressé une convocation à l'assuré le 16 avril 2018, pour le 31 juillet 2018.

Le 19 avril 2018, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté un deuxième recours pour déni de justice déposé par l'assuré le 5 février 2018 (AI 56/18 - 110/2018). Relevant que moins de deux mois s'étaient écoulés depuis son premier arrêt, la Cour a constaté que l'intéressé n'avait pas démontré qu'il avait fourni les renseignements sollicités par l'OAI, tandis que cet office avait pris contact avec la société O.\_\_\_\_\_. L'absence de temps mort significatif et les démarches entreprises par l'OAI ne permettaient pas de retenir un déni de justice, ce d'autant que l'assuré ne collaborait pas pleinement.

Le 24 octobre 2018, la D.\_\_\_\_\_ a rendu un rapport d'expertise, au terme duquel le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en oto-rhino-

laryngologie, recommandait l'octroi du cas de rigueur pour l'appareillage auditif.

Par communication du 9 janvier 2019, l'OAI a informé l'assuré de la prise en charge des frais supplémentaires d'un appareillage acoustique, soit le dépassement du montant forfaitaire de 1'3013 fr. 60 selon devis d'O.\_\_\_\_\_.

**B.** Entretemps, par l'intermédiaire de l'assurance perte de gain M.\_\_\_\_\_, l'assuré a déposé une demande de mesures professionnelles/rente le 5 septembre 2018, motivée par un trouble bipolaire et des problèmes d'audition. Il présentait une incapacité de travail depuis mai 2018.

Le 27 novembre 2018, l'OAI a rendu un projet de décision rejetant la demande de prestations, sur le constat que l'assuré avait pu reprendre son activité habituelle à 100 % dès le 1<sup>er</sup> octobre 2018, soit avant l'échéance du délai d'attente d'une année ouvrant le droit à la rente.

L'assuré a contesté ce projet par courrier du 5 décembre 2018, en faisant valoir que son problème de surdité, pour lequel aucune décision n'avait encore été prise, avait entraîné une dépression, qu'il ne portait plus l'appareil auditif en test depuis plusieurs mois parce qu'ils provoquaient des démangeaisons insupportables, qu'une reconversion professionnelle devrait en conséquence être entamée et que la reprise du travail en octobre 2018 n'était pas à 100 %. Invité par l'OAI à fournir toute pièce utile dans un délai au 15 février 2019 à l'appui de cette écriture, l'assuré a répondu le 27 janvier 2019 qu'il appartenait à l'OAI d'investiguer.

Par décision du 18 février 2019, reprenant la motivation de son projet, l'OAI a rejeté la demande de rente et de reclassement professionnel du 5 septembre 2018.

**C.** Le 21 juin 2022, accusant réception d'une demande de l'assuré tendant au renouvellement de son appareillage acoustique, l'OAI l'a informé que sa demande intervenait avant l'échéance du délai de six ans et qu'une demande de renouvellement anticipé ne pouvait intervenir qu'en cas d'augmentation de la perte auditive totale, ce qui devait être justifié. L'assuré était dès lors invité à exposer les motifs de sa demande et/ou à remettre une attestation médicale détaillée.

L'assuré a indiqué, dans un courrier du 27 juin 2022, que son appareil auditif ne lui permettait plus d'entendre correctement lors de conversations téléphoniques ou de visioconférences. Il n'avait cependant fait aucun contrôle ORL dès lors qu'aucun traitement ne permettrait d'améliorer son audition ou de ralentir la dégradation. Il attendait les propositions de l'OAI à cet égard, puisqu'il n'avait pas besoin d'appareils auditifs en dehors de son activité professionnelle. S'en est suivi un échange de courriers, dans lesquels l'OAI a confirmé que l'assuré devait fournir un rapport médical en raison du caractère anticipé de sa demande (cf. courriers des 4 et 13 juillet 2022), tandis que l'assuré estimait que la démarche de l'envoyer auprès d'un médecin incombait à l'OAI parce qu'il n'était dérangé que dans l'exercice de sa profession et que, sans cela, l'OAI devrait engager une procédure de reconversion professionnelle (cf. courriers des 8 juillet et 23 août 2022).

Par courrier du 30 août 2022, l'OAI a indiqué à l'assuré que, par manque de collaboration de sa part, aucune solution ne pouvait être proposée s'agissant de sa demande de renouvellement anticipé d'un appareillage acoustique. En revanche, l'intéressé pouvait déposer une demande de mesures professionnelles ou rente. Sans nouvelles de sa part d'ici au 23 septembre 2022, sa demande de renouvellement anticipé serait classée sans suite. L'assuré a contesté tout manque de collaboration lors d'entretiens téléphoniques puis dans un courrier du 6 septembre 2022, dans lequel il a fait valoir en particulier que la date du renouvellement des appareils ne figurait pas dans les courriers et qu'il incombait à l'OAI de maintenir l'employabilité des personnes.

Le 8 septembre 2022, l'assuré a déposé une nouvelle demande de mesures professionnelles/rente, motivée par son audition défaillante apparue progressivement depuis plus de cinq ans en raison d'une calcification du tympan. Il a précisé qu'il n'était pas en incapacité de travail et qu'il souhaitait un travail adapté à l'aide fournie par l'OAI en fonction de son handicap auditif. Son employeur, Q.\_\_\_\_\_, a par ailleurs attesté, dans un courrier du 12 septembre 2022, de la nécessité pour l'assuré d'obtenir un soutien pour pouvoir exercer son activité professionnelle, dès lors que son activité d'ingénieur commercial impliquait de nombreux déplacements sur le terrain, ainsi que des contacts client directs et par téléphone ou visioconférence. L'OAI a décidé d'entrer en matière sur cette demande, en raison d'une menace d'invalidité (cf. note interne du 27 septembre 2022), et en a accusé réception par courrier du 27 septembre 2022.

Le 4 octobre 2022, l'assuré a écrit qu'il attendait une réponse à son courrier du 6 septembre 2022, dans lequel il demandait en quoi il n'avait pas collaboré à la procédure. L'OAI a répondu le 18 octobre 2022 que la demande de renouvellement anticipé des moyens auditifs impliquait que l'assuré fournisse les renseignements nécessaires, en l'occurrence une attestation médicale que l'intéressé était invité à fournir d'ici le 18 novembre 2022, à défaut de quoi sa demande serait rejetée. L'assuré a fait part de son désaccord le 19 octobre 2022, au motif qu'il ne lui incombait pas de supporter « les coûts de plusieurs centaines de francs d'un examen ORL ».

Au vu de l'écoulement du temps, l'OAI a décidé de traiter la demande de renouvellement anticipé comme une demande de renouvellement standard (cf. note interne du 8 novembre 2022) et a sollicité un rapport auprès du Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, le 29 novembre 2022.

Le 10 janvier 2023, l'OAI a rendu un projet de décision de refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité, sur le constat que l'assuré ne présentait pas d'atteinte à la santé durablement incapacitante

au sens de l'assurance-invalidité et que ses problèmes de santé n'entravaient pas l'exercice de son activité professionnelle. L'intéressé a réagi dans un courrier du 14 janvier 2023, en indiquant qu'il n'avait jamais sollicité de rente et qu'il ne comprenait pas pour quels motifs il avait été invité par l'OAI à déposer une telle demande, alors qu'il souhaitait uniquement des appareils auditifs, sans lesquels sa capacité de travail est nulle. Il s'interrogeait sur l'utilité du rendez-vous fixé auprès d'un ORL et exigeait une réponse claire à sa demande ou une décision de clôture afin qu'il puisse « procéder aux poursuites qui s'imposent ». L'OAI a confirmé par courrier du 19 janvier 2023 que le rapport du Dr T. \_\_\_\_\_ était indispensable pour qu'une décision soit prise.

Le Dr T. \_\_\_\_\_ a établi son rapport d'expertise le 19 janvier 2023, constatant une aggravation de la surdité moyenne de l'ordre de 13 % et un appareillage ne permettant plus d'obtenir un confort d'écoute satisfaisant, ce qui motivait son renouvellement. En outre, s'agissant d'une surdité sévère bilatérale, une demande de cas de rigueur pourrait être déposée.

Par communication du 30 janvier 2023, l'OAI a accepté la prise en charge du forfait pour appareil acoustique binaural d'un montant de 1'650 francs. Dans un courrier joint du même jour, l'OAI a invité l'assuré à fournir divers documents complémentaires en vue d'examiner les conditions d'un cas de rigueur, notamment une motivation détaillée par l'assuré des problèmes rencontrés lors de l'adaptation de l'appareillage auditif et la copie des trois dernières fiches de salaire.

Le 20 février 2023, confirmant son projet du 10 janvier 2023, l'OAI a rejeté la demande de mesures professionnelles et de rente d'invalidité du 8 septembre 2022.

Dans un courrier du 21 février 2023, l'assuré a exposé les problèmes rencontrés avec l'appareillage auditif, en précisant que le rapport du fournisseur parviendrait ultérieurement. Il a cependant demandé la justification de la demande de production de ses fiches de

salaire, dès lors que l'OAI avait accès à ses cotisations AVS et qu'il n'y avait pas de condition de revenu pour la prestation demandée. Par ailleurs, l'assuré a réitéré sa demande d'explications « au sujet de la raison de l'orientation de vos services dans une procédure de demande de rente ». Un échange de courriers a suivi, l'OAI refusant de justifier sa demande de fiches de salaire (cf. courrier du 1<sup>er</sup> mars 2023) et l'assuré exigeant la transparence des informations demandées (cf. courrier du 3 mars 2023).

Le 29 mars 2023, réfutant l'argumentation de l'assuré et explicitant les raisons pour lesquelles des fiches de salaire étaient requises, l'OAI a sommé celui-ci de transmettre ses trois dernières fiches de salaire dans un ultime délai au 28 avril 2023, à défaut de quoi la demande de cas de rigueur serait rejetée. Il était précisé qu'il fallait encore transmettre dans un délai raisonnable le rapport du fournisseur. L'OAI terminait en relevant que le questionnement « sans cesse » des demandes de pièces entravait la bonne marche de l'instruction et prolongeait le temps d'action de l'administration, alors que l'objectif était de fournir des aides conformes aux besoins et aux droits des personnes présentant des atteintes à la santé. En conséquence, il ne serait pas donné suite à tout courrier « demandant une énième justification sur l'importance de disposer de telle ou telle pièce demandée dans le cadre de [l']investigation ».

Répondant le 31 mars 2023, l'assuré a une nouvelle fois questionné son orientation sur une démarche de mesures professionnelles plutôt que sur un cas de rigueur. Il a par ailleurs exposé qu'il était prêt à se soumettre à des examens médicaux, mais qu'il refusait de financer des examens de plusieurs centaines de francs et d'attendre de nombreux mois pour obtenir un rendez-vous. Le délai de sommation était en outre non avenu, car des tests étaient en cours pour un appareil adapté. Il a terminé avec plusieurs questions portant notamment sur la procédure en cours et les conditions d'octroi du cas de rigueur. Répondant à ce courrier le 11 avril 2023, l'OAI a indiqué qu'il s'était renseigné auprès Q.\_\_\_\_\_ et que les conditions afférentes au revenu annuel suffisant étaient remplies, de

sorte qu'il ne manquait plus que le rapport du fournisseur détaillant de manière circonstanciées les problèmes existants et les différents essais effectués.

Le 15 avril 2023, l'assuré a écrit qu'il avait procédé à plusieurs tests d'appareils auditifs et que la motivation de sa demande était inchangée depuis juin 2022. Le rapport du fournisseur et le journal de bord seraient envoyés directement par O.\_\_\_\_\_. Il a en outre joint ses fiches de salaire des mois de janvier à mars 2023. L'OAI en a accusé réception le 24 avril 2023. O.\_\_\_\_\_ a déposé son rapport le 1<sup>er</sup> mai 2023, ainsi qu'un journal rempli par l'assuré.

L'OAI a mandaté le Dr C.\_\_\_\_\_ le 9 mai 2023 pour procéder à une expertise. L'assuré en a été informé par communication du même jour.

Par arrêt du 23 mai 2023 (AI 67/23 - 144/2023), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a déclaré irrecevable le recours déposé entretemps par l'assuré contre la décision de l'OAI du 20 février 2023, l'intéressé n'ayant pas versé l'avance de frais ni pris des conclusions constitutives d'un recours. Le recours déposé par l'intéressé auprès du Tribunal fédéral a été déclaré irrecevable par arrêt du 26 juillet 2023 (TF 9C\_455/2023).

**D.** H.\_\_\_\_\_ a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal le 15 juin 2023 d'une « nouvelle plainte » contre l'OAI, en raison du délai de traitement de sa demande du 17 juin 2022. Il indiquait n'avoir plus de nouvelles depuis plusieurs semaines et estimait que l'OAI cherchait à retarder la délivrance des prestations qu'elle devait prendre en charge, en demandant des participations à des prestations à sa charge, en n'orientant pas correctement sur les démarches à effectuer et en demandant des informations dont elle disposait. L'OAI avait en outre refusé de l'informer sur les mesures qu'il devait prendre de son côté pour se conformer à son devoir de collaboration.

Dans sa réponse du 15 août 2023, l'intimé a conclu au rejet du grief de déni de justice. Rappelant l'ensemble des échanges de courriers avec le recourant depuis sa demande du 21 juin 2022, l'intimé relevait qu'il s'agissait alors d'une demande de renouvellement anticipé, possible uniquement en cas d'aggravation importante de la perte auditive. Le recourant n'avait pas donné suite aux demandes d'attestation médicale en raison du coût du contrôle médical, avait émis divers reproches à l'égard de l'intimé et avait fait valoir qu'un reclassement professionnel serait nécessaire en raison de son handicap auditif. L'écoulement du temps avait cependant permis de traiter la demande de nouveaux appareillages en tant que demande de renouvellement standard dès novembre 2022 et la prise en charge du forfait ordinaire de 1'650 fr. avait été confirmée par communication du 30 janvier 2023, en précisant les renseignements que le recourant devrait fournir pour une prise en charge sous l'angle du cas de rigueur. Lorsque le recourant avait fourni les dernières pièces manquantes, un mandat avait été établi pour un examen ORL auprès de la D.\_\_\_\_\_, dont les délais de traitement n'étaient pas imputables à l'intimé. Ainsi, malgré une communication parfois difficile avec le recourant, il n'y avait pas eu de temps mort dans l'instruction de la demande. Au vu du manque de collaboration du recourant, les renseignements avaient été obtenus par d'autres biais lorsque c'était possible.

Répliquant le 25 août 2023, le recourant a exposé en particulier que le coût des appareils dont il avait besoin était largement plus élevé que le montant proposé par l'intimé le 30 janvier 2023, ce qui l'obligeait à demander le cas de rigueur. Il avait pourtant précisé ce dont il avait besoin dès le dépôt de sa demande, de sorte qu'il fallait retenir que l'intimé retardait par tous les moyens l'octroi de ses prestations alors qu'il en avait impérativement besoin pour conserver son emploi. Par ailleurs, l'examen ORL exigé en juillet 2022 était trop onéreux pour qu'il soit tenu de le financer lui-même. Compte tenu de l'échéance proche du délai pour obtenir le renouvellement ordinaire et du délai pour fixer un rendez-vous avec un ORL, l'intimé aurait dû admettre d'emblée la prise en charge des frais d'expertise, par anticipation.

## **E n d r o i t :**

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Selon l'art. 56 al. 2 LPGA, un recours peut être formé lorsque malgré la demande de l'intéressé, l'assureur 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).

**b)** En l'espèce, le recours pour déni de justice a été interjeté auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et selon les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

**c)** Vu la valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

**2.** La question litigieuse est celle de savoir si l'intimé a tardé à rendre une décision relative à la demande de moyens auxiliaires déposée par le recourant le 21 juin 2022.

**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 européenne du 4 novembre 1950 de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ; RS 0.101) – qui n'offre, à cet égard, pas une protection plus étendue –, cette disposition consacre le principe de la célérité en ce qu'elle 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 un délai que la nature de l'affaire, ainsi que toutes les autres circonstances, font apparaître comme raisonnable (ATF 135 I 265 consid. 4.4 ; 131 V 407 consid. 1.1 ; 130 I 312 consid. 5.1 s. ; TF 9C\_230/2018 du 4 juin 2018 consid. 3.2).

Entre autres critères sont notamment déterminants le degré de complexité de l'affaire, l'enjeu que revêt le litige pour la personne intéressée ainsi que le comportement de cette dernière et celui des autorités compétentes. A cet égard, il appartient à l'administré d'entreprendre ce qui est en son pouvoir pour que l'autorité fasse diligence, que ce soit en l'invitant à accélérer la procédure ou en recourant, le cas échéant, pour retard injustifié. On ne saurait par ailleurs reprocher à une autorité quelques temps morts ; ceux-ci sont inévitables dans une procédure. Une organisation déficiente ou une surcharge structurelle ne peuvent cependant justifier la lenteur excessive d'une procédure (ATF 130 I 312 consid. 5.2 ; TF 9C\_448/2014 du 4 septembre 2014 consid. 4.1).

**b)** La LPGA et la LAI ne fixent pas le délai dans lequel l'assureur doit rendre sa décision.

En ce qui concerne le comportement de l'assuré, le droit des assurances sociales 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 (art. 28 al. 2 LPGA).

Par ailleurs, aux termes de l'art. 43 al. 1, première phrase, LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. La grande diversité des situations d'expertise exige de la flexibilité. L'assureur dispose d'une grande marge d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'opportunité des investigations médicales (ATF 147 V 79 consid. 7.4.2).

4. Dans le cas d'espèce, le recourant a bénéficié d'une prise en charge du forfait pour des appareils auditifs par communication du 7 février 2017 et une prise en charge des frais supplémentaires a été admise le 9 janvier 2019. Il faut donc constater, à l'instar de l'intimé, que la demande de renouvellement du 21 juin 2022 est intervenue plusieurs mois avant l'échéance du délai de 6 ans fixé au ch. 5.07 de la liste des moyens auxiliaires annexée à l'OMAI (Ordonnance du Département fédéral de l'intérieur du 29 novembre 1979 concernant la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-invalidité ; RS 831.232.51). Cette disposition envisage néanmoins la possibilité de déposer une demande avant l'expiration de ce délai dans l'hypothèse d'une modification notable de l'acuité auditive. A ce propos, le ch. 2046 de la CMAI (Circulaire du 1<sup>er</sup> janvier 2013 concernant la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-invalidité) précise ce qui suit :

« 2046 L'AI ne verse un nouveau montant forfaitaire avant l'échéance du délai de six ans (réappareillage anticipé) que si la dégradation de l'acuité auditive atteinte le pourcentage défini dans les directives à l'intention des médecins-experts ORL (ch. 4.2). L'expertise ORL nécessaire pour ce constat peut être financée par l'AI. En revanche, l'AI ne finance aucune prestation en cas de perte de l'appareil auditif avant l'échéance du délai de six ans. »

Sur cette base, c'est à juste titre que l'intimé a prié le recourant de fournir une attestation médicale démontrant que son acuité auditive s'était notablement modifiée. S'agissant en effet d'une prise en charge exceptionnelle, l'intimé ne pouvait entrer en matière et ordonner une expertise ORL complète que sur la base d'indices suffisants et ne saurait se contenter du seul ressenti de l'assuré. Or c'est bel et bien le recourant qui a refusé de fournir la pièce nécessaire et aucun retard ni formalisme excessif ne saurait être reproché à l'intimé. Celui-ci a ensuite décidé de traiter cette demande en tant que demande de renouvellement ordinaire au mois de novembre 2022, date à laquelle six années s'étaient écoulés après le dépôt de la première demande de moyens auxiliaires qui a débouché sur les prises en charges précitées. Les griefs du recourant quant au fait que l'intimé aurait dû anticiper cette échéance tombent à

faux. Le ch. 5.07 mentionne en effet expressément que le délai de six ans concerne le dépôt de la demande de renouvellement et non l'octroi du forfait lui-même, ce qui exclut un traitement anticipé. Durant cette période, aucun retard ne peut être imputé à l'intimé, car il a immédiatement accusé réception de la demande du recourant en lui précisant les démarches qu'il devait effectuer puis a répondu à chaque courrier dans les jours qui ont suivi, réagissant notamment les 4, 13 juillet, 30 août et 18 octobre 2022 aux lettres du recourant des 27 juin, 8 juillet, 23 août et 4 octobre 2022.

Cela étant, l'intimé a entamé une instruction d'office en novembre 2022 en s'adressant directement à un ORL en vue d'obtenir le rapport médical nécessaire au traitement de la demande de moyens auxiliaires. Le rapport a été déposé le 19 janvier 2023 et l'intimé a informé l'assuré de l'acceptation de la prise en charge du forfait ordinaire par communication du 30 janvier 2023, laps de temps qui doit être considéré comme court. L'intimé a par ailleurs spontanément joint un courrier spécifiant les démarches à effectuer pour demander la prise en charge de frais supplémentaires, ce qui montre qu'elle a tenu compte des éléments déjà au dossier.

Contrairement à ce que semble penser le recourant, l'intimé ne pouvait pas instruire en parallèle les conditions d'octroi d'un forfait et celles d'un cas de rigueur. La prise en charge d'un montant supérieur au forfait ne peut en effet entrer en ligne de compte 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 pas exiger de l'assuré qu'il assume la différence (ch. 2053\* CMAI). Le remboursement forfaitaire n'est par nature pas destiné à couvrir le prix exact de l'appareil choisi par l'assuré, lequel pourra conserver la différence si le coût est moindre ou devra assumer le dépassement si le coût est supérieur au forfait (cf. art. 2 al. 4 OMAI). L'octroi du supplément pour cas de rigueur implique en conséquence que l'assuré obtienne la prise en charge forfaitaire et qu'il présente une demande pour les frais

supplémentaires après avoir fait des essais avec les appareillages simples existants.

Par ailleurs, en tant qu'il est signalé par un astérisque, le ch. 5.07.2\* de l'annexe de l'OMAI conditionne l'octroi de la prise en charge supplémentaire pour cas de rigueur à la clause d'un besoin pour exercer une activité lucrative ou accomplir les 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 (art. 2 al. 2 OMAI). Les ch. 1018 et suivants COMAI précisent que ces moyens auxiliaires visent la réadaptation et qu'il faut admettre que l'assuré exerce une activité lucrative lorsque, sans tenir compte des éventuelles rentes, il réalise un revenu annuel équivalent ou supérieur au montant correspondant à la cotisation minimale pour les personnes sans activité lucrative au sens de l'art. 10 al. 1 LAVS (loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10). Les fiches de salaire ont donc été requises à juste titre. Par ailleurs, compte tenu des coûts qu'impliquent l'expertise spécialisée portant spécifiquement sur l'adéquation des appareils simples avec les besoins spécifique de l'assuré, il paraît adéquat de vérifier préalablement que l'ensemble des autres conditions sont remplies avant de mettre en œuvre dite expertise. C'est du reste que ce préconise la CMAI au ch. 2054\* al. 1 :

- « 2054 \* Avant d'être invité à 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](http://www.ahv-iv.ch)). »

En conséquence, il faut relever que l'intimé a suivi la procédure usuelle et que l'ensemble des pièces qu'il a prié le recourant de produire était utile et nécessaire. Rien n'empêchait le recourant de fournir ces pièces, voire d'anticiper les demandes de l'intimé s'agissant des

essais du nouvel appareillage. Au lieu de cela, il a sollicité des explications pour chaque demande de l'intimé (cf. courrier du 21 février 2023) et a fait part de son refus de fournir des fiches de salaires en prétextant que ces informations pouvaient être demandées à d'autres entités administratives (cf. courrier du 3 mars 2023), obligeant l'OAI à répondre de manière circonstanciée (cf. courrier du 29 mars 2023) puis à obtenir les informations nécessaires par d'autres biais (cf. courrier du 11 avril 2023). Certes, l'intimé a refusé dans un premier temps de justifier sa demande de pièces (cf. courrier du 1<sup>er</sup> mars 2023), mais cet élément n'est pas à l'origine d'un retard dans le traitement de la demande de prise en charge de frais supplémentaires, dès lors que les renseignements salariaux ont finalement pu être obtenus en avril 2023, avant que le recourant et son fournisseur ne produisent les pièces relatives aux tests d'appareils auditifs, le 1<sup>er</sup> mai 2023.

Dans la mesure où l'intimé n'a pas d'influence sur le déroulement des tests d'appareillage, qui impliquent nécessairement un comportement actif de l'assuré, le délai couru jusqu'au 1<sup>er</sup> mai 2023 ne peut être constitutif d'un déni de justice. A réception des dernières pièces, l'intimé a mis en œuvre une expertise par mandat du 9 mai 2023, soit dans un délai qui peut être qualifié de court. Pour le surplus, l'intimé n'est pas responsable du temps nécessaire à l'expert pour rendre son rapport, étant au surplus souligné que les experts autorisés à procéder à cet examen sont uniquement les spécialistes en ORL œuvrant au sein des hôpitaux universitaires désignés au ch. 2053\* CMAI.

Enfin, un reproche récurrent du recourant depuis septembre 2022 concerne son « orientation » vers une demande de mesures professionnelles/rente, inutile à ses yeux. Il convient de relever que l'intimé ne l'a aucunement instigué à déposer une demande en ce sens. Il s'est limité à évoquer cette possibilité en réponse à une remarque du recourant, qui faisait valoir qu'en cas de refus d'appareillage, un reclassement professionnel serait indispensable. Quoi qu'il en soit, le traitement de la demande de mesures professionnelles/rente n'a pas eu d'incidence sur le déroulement de la procédure relative aux moyens

auxiliaires, de sorte que les griefs du recourant à cet égard ne sont pas pertinents.

**5. a)** Compte tenu de ce qui précède, le recours pour déni de justice doit être rejeté.

**b)** La procédure ne porte pas sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurance au sens de l'art. 61 let. f bis LPGA. Elle donne en conséquence lieu à perception de frais de justice à la charge de la partie qui succombe (art. 45 et 49 al. 1 LPA-VD). L'autorité peut cependant renoncer à percevoir des frais de procédure lorsque l'équité l'exige, en particulier lorsque la perception de frais serait d'une rigueur excessive pour la partie qui devrait les supporter (art. 50 LPA-VD).

En l'occurrence, aucune avance de frais n'a été perçue lors du dépôt du présent recours, par lequel le recourant se plaignait d'un déni de justice. L'instruction a toutefois révélé que le délai de traitement de la demande de prestations du recourant était principalement imputable au comportement de ce dernier, alors que l'intimé avait agi avec une remarquable célérité. Il avait d'ores et déjà été constaté, lors de deux précédents recours pour déni de justice déposés par le recourant à quelques mois d'intervalle, entre fin 2017 et début 2018, que la procédure suivie alors par l'intimé avait été menée dans des délais normaux mais que les réticences du recourant à fournir les pièces demandées avaient contribué à l'allongement du temps de traitement. En conséquence, s'il est exceptionnellement renoncé, cette fois encore, à percevoir des frais, il convient d'aviser le recourant qu'une nouvelle procédure pour déni de justice présentant un état de fait similaire pourrait être qualifiée de téméraire, rendant l'art. 50 LPA-VD inapplicable.

**c)** La partie recourante n'a pas droit à des dépens, dès lors qu'elle n'obtient pas gain de cause et qu'elle a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

**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 :

- H. \_\_\_\_\_,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :