

GE_GERICHTE ATAS/122/2017 vom 20. Februar 2017

GE Cour de justice, 2017-02-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_122_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/122/2017 du 20 février 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/122/2017 del 20 febbraio 2017

Erwägungen

E. 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) en vigueur dès le 1er janvier 2011, 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.

E. 2

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

E. 3

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

E. 4

Selon l'art. 38 al. 4 let. b LPGA, applicable via le renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA, les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 15 juillet au 15 août inclusivement. Datée du 21 juin 2016, la décision querellée a été notifiée au plus tôt le lendemain, de sorte que le délai de recours, de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA), a commencé à

A/2622/2016 - 8/15 - courir le 23 juin 2016 avant d'être suspendu du 15 juillet au 15 août 2016. Posté le

E. 8

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

A/2622/2016 - 10/15 - 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 (CMAI) éditée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) dans sa teneur en force au 1er 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 (chiffre 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 sur l'Intranet AVS/AI et sur www.avs-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. L'assuré prend lui-même rendez-vous avec la clinique. 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 ORL fait une recommandation à l'office AI. Elle peut facturer ses examens à l'office AI selon le tarif TARMED (chiffre 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 (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

A/2622/2016 - 11/15 - 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 « Les 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 ». Il y est également indiqué que « La nécessité d'une fourniture CROS (en raison d'une asymétrie des seuils auditifs) peut correspondre à un critère donnant lieu à un cas de rigueur. Pour les personnes exerçant une activité lucrative qui remplissent le critère donnant lieu à un cas de rigueur, l'AI continue à rembourser les frais supplémentaires liés à l'invalidité (moyennant un appareillage simple, adéquat et économique). Le ch. 2039 CMAI est modifié en ce sens à compter du 1er janvier 2016 ».

A/2622/2016 - 12/15 -

E. 9

a. Il découle des art. 8 al. 1, 21 al. 3, 1ère phrase LAI et 2 al. 4, première phrase OMAI que l'assuré n'a droit qu'à des moyens auxiliaires simples et adéquats ; il supporte les frais supplémentaires liés à un modèle ne remplissant pas ces critères (cf. U. MEYER/ M. REICHMUTH, in H.-U. STAUFFER/ B. CARDINAUX [éd.], *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG)*, 3ème éd. 2014, n. 27 ad art. 21-21quater LAI et les arrêts cités). Cette exigence est l'expression du principe – valable de manière générale en matière de mesures de réadaptation – en vertu duquel les assurés n'ont droit, en principe, qu'aux mesures qui sont nécessaires et propres à atteindre le but visé, et non à celles qui sont les meilleures dans le cas particulier. La législation entend assurer la réadaptation dans la mesure où cela est nécessaire, mais aussi suffisant (ATF 139 V 115 consid. 5.1 et les arrêts cités). Pour une application conforme au droit de la notion d'invalidité (art. 4 al. 1 LAI en relation avec l'art. 8 al. 1 LPG), il est nécessaire, pour toutes les prestations qui en dépendent, de déterminer comment l'atteinte à la santé se répercute sur la situation concrète de l'assuré du point de vue professionnel et de ses revenus. Cela découle directement de l'art. 4 al. 2 LAI, disposition en vertu de laquelle, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propres à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Ainsi, lorsque la poursuite de l'activité professionnelle habituelle n'est possible qu'avec un moyen auxiliaire déterminé, on ne saurait qualifier ce dernier de « meilleur moyen auxiliaire possible » excédant le droit aux prestations d'assurance (arrêt du Tribunal fédéral 9C_75/2015 du 11 mai 2015 consid. 3). Quant au principe de simplicité, il n'est pas violé tant que le succès escompté du moyen auxiliaire choisi dans le cas particulier se situe dans un rapport raisonnable avec son coût (arrêt du Tribunal fédéral 9C_807/2010 du 29 mars 2011, publié in SVR 2011, IV n° 64). Il sied par ailleurs de préciser que l'administration ne peut pas ne pas tenir compte des avancées technologiques (arrêt 9C_807/2010 précité consid. 3 et la référence à l'ATF 132 V 215 consid. 4.3.3). b/aa. Le Tribunal fédéral a ainsi jugé – dans un cas où il était exclu d'aboutir à une réadaptation judiciaire avec des appareils acoustiques moins performants et techniquement non équivalents – que la différence entre le coût des appareils choisis par l'assuré (CHF 8'408.95), qui garantissaient une réadaptation optimale, et celui que l'OAI acceptait de prendre en charge (CHF 4'035.-)

n'était pas telle que l'on pouvait parler d'une disproportion entre le résultat escompté et le coût des appareils choisis, compte tenu en particulier de l'environnement professionnel de l'assuré (arrêt 9C_807/2010 précité, consid. 4.1). b/bb. Dans un arrêt récent, 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. En effet, il convenait, lors de l'examen des

A/2622/2016 - 13/15 - prétentions spécifiques à l'invalidité, d'examiner les répercussions de l'atteinte à la santé sur la situation professionnelle concrète de l'assuré. Dans le cas traité par le Tribunal fédéral, la clinique ORL avait confirmé qu'un appareil plus sophistiqué était nécessaire au vu des hautes exigences de compréhension verbale et des situations auditives complexes de l'activité d'enseignante de l'assurée, bien que les critères audiologiques d'un cas de rigueur ne fussent pas réalisés. Il existait en effet un besoin de réadaptation découlant de l'invalidité qui, s'il n'était pas satisfait par l'octroi des appareils auditifs nécessaires, rendait impossible l'exercice de cette profession. Le Tribunal fédéral a ainsi jugé qu'un moyen auxiliaire, 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. La Haute Cour a 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).

E. 10

En l'espèce, l'intimé a motivé sa décision de ne pas prendre en charge le coût des appareils sélectionnés par le recourant en soutenant que le choix de ceux-ci aurait été dicté par la recherche d'une qualité optimale. Il ressort pour le surplus de sa détermination du 6 septembre 2016 qu'il ne remet pas en cause l'existence du cas de rigueur retenu par la Dresse B _____ – sur la base d'une perte auditive bilatérale de 96.2% selon le barème CPT-AMA – mais qu'il estime que l'admission d'un tel cas n'en reste pas moins subordonnée aux critères de simplicité et d'adéquation, ceux-ci impliquant que le fournisseur donne une description complète des problèmes rencontrés lors de la tentative d'adaptation d'un appareil simple et adéquat et qu'il ne porte pas directement à l'essai un appareillage « très performant ». Cet argumentaire ne saurait être suivi : il est vrai que l'assuré est censé indiquer les problèmes rencontrés lors de l'adaptation d'un appareil auditif à l'appui de sa demande et ce, avant que l'administration ne l'invite à se faire examiner dans une clinique ORL spécialisée (CMAI ch. 2054*). Cependant, il peut s'avérer dès le départ que l'utilisation d'un modèle simple et économique ne permettrait pas de pallier certains troubles auditifs, par exemple en raison de contraintes professionnelles particulières ou de la réalisation d'un ou plusieurs critères définissant l'existence d'un cas de rigueur selon les circulaires AI n° 304 et 342 précitées. L'obligation prévue au ch. 2054* de la CMAI ne saurait dès lors être comprise en ce sens que seuls les problèmes survenus concrètement lors de l'appareillage peuvent être pris en compte. Une description des problèmes escomptés lors de l'utilisation d'un modèle simple et économique ne permettant pas de pallier certains troubles auditifs, par exemple en raison de contraintes professionnelles particulières, doit être considérée comme satisfaisant à cette exigence documentaire. Admettre le contraire reviendrait à exiger qu'un assuré s'équipe dans un premier temps d'un appareil dont on sait par avance qu'il

A/2622/2016 - 14/15 - n'atteindra pas son but au vu des particularités audiologiques, voire professionnelles, ce qui n'est guère rationnel et peut même exposer un assuré à certains risques. Dans le cas d'espèce, il ressort des rapports de la Dresse B_____ et du fournisseur que le recourant est confronté à un handicap sévère – découlant de l'importance de sa perte auditive et des impératifs professionnels de communication dans le cadre exigeant d'un laboratoire de boulangerie (bruit des machines, humidité, poussières de farine, vapeurs de graisse, chaleur, transpiration, nécessité de réceptionner des appels téléphoniques, de comprendre les instructions et de pouvoir dialoguer dans cet environnement) – qu'un appareillage tel que celui remboursé par l'intimé ne permettrait pas de surmonter. Enfin, en subordonnant l'examen de la demande du recourant à l'échec d'une tentative d'appareillage avec un moyen économique, l'intimé perd de vue que l'existence d'un cas de rigueur s'apprécie avant tout à l'aune des critères audiologiques, comme cela ressort des circulaires n° 304 et 342, et du besoin de réadaptation de l'assuré. Il lui appartenait ainsi de déterminer si les critères audiologiques étaient réalisés et, dans la négative, d'examiner si le moyen auxiliaire considéré constituait concrètement le seul moyen auxiliaire permettant au recourant d'exercer son activité habituelle (cf. ATAS/359/2016). Compte tenu de ce qui précède, la décision de l'intimé s'avère non conforme au droit dès lors qu'elle a nié l'existence d'un cas de rigueur sans apprécier la situation médicale du recourant et sans évaluer son besoin de réadaptation résultant de l'invalidité (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_75/2015 précité consid. 3), au motif que le recourant n'a pas testé d'appareillage d'entrée de gamme.

E. 11

Il y a ainsi lieu d'admettre le recours et de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants. Cela fait, il lui incombera de rendre une nouvelle décision. Représenté par un conseil et obtenant partiellement gain de cause, le recourant a droit à une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA et 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 ; LPA-GE – E 5 10). La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de l'intimé.

A/2622/2016 - 15/15 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.