

VD_FINDINFO Arrêt / 2024 / 19 vom 15. Januar 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-01-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2024__19

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2024 / 19 du 15 janvier 2024

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2024 / 19 del 15 gennaio 2024

Regeste

MOYEN AUXILIAIRE, AFFECTION DU PIED, ADMISSION DE LA DEMANDE, SOINS DU CORPS | 21 LAI, 8 LAI, 14 RAI

Erwägungen

E. 15

janvier 2024 _____ Composition : M. Neu , juge unique
Greffier : M. _____ Addor ***** Cause pendante entre : R. _____ , à T. _____ ,
recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne, et OFFICE DE
L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD , à Vevey, intimé.
_____ Art. 8 et 21 LAI ; 14 RAI E n f a i t : A. Entré en Suisse en 2002,
R. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant italien d'origine algérienne,
né en 1974, est au bénéfice d'une autorisation d'établissement (permis C). Alors qu'il
travaillait en mission intérimaire auprès de l'entreprise G. _____ SA, à D. _____ ,
R. _____ a été victime d'un accident le 12 novembre 2007 dans l'atelier de l'usine au
cours duquel il s'est tordu le pied gauche. Le cas a été annoncé à la Caisse nationale suisse
d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA). Après avoir consulté le Service des
urgences de l'Hôpital P. _____ où on lui a plâtré le pied, R. _____ a séjourné à
l'Hôpital B. _____ du 21 au 26 novembre 2007. Dans leur rapport de sortie du 4
décembre 2007, les Drs J. _____ , spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie
de l'appareil locomoteur, et E. _____ , médecin assistant, ont diagnostiqué une coalition
sous-talienne incomplète et des troubles dégénératifs débutants de la sous-talienne cheville
gauche. Ils ont ajouté que le patient était connu pour un status post-entorse de la cheville
gauche et un status post-reconstruction du LCA [ligament croisé antérieur] du genou droit
le 5 septembre 2006. Le 15 avril 2008, l'assuré a fait l'objet d'une intervention chirurgicale
sous la forme d'une arthrodèse sous-talienne gauche. Par décision du 29 mars 2010,
confirmée sur opposition le 29 juin 2010, la CNA a pris en charge les frais de traitement liés
à l'accident dès le 12 novembre 2007 jusqu'au

E. 20

janvier 2008 et versé des indemnités journalières pour la période du 15 novembre 2007 au
20 janvier 2008 inclus. Selon les renseignements médicaux en sa possession, l'assuré avait
retrouvé au 21 janvier 2008 l'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident (statu quo sine
) , les troubles subsistant encore devant être pris en charge par l'assurance-maladie. Saisie
d'un recours de l'assuré contre la décision sur opposition du 29 juin 2010, la Cour des
assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois l'a rejeté par arrêt du

E. 21

juin 2012 (cause n° AA 78/10 – 56/2012). B. a) Dans l'intervalle, R. _____ a déposé, le 16 mars 2009, une première demande de l'assurance-invalidité, en indiquant souffrir d'une entorse à la cheville gauche. Entre autres mesures d'instruction, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) a fait verser à la procédure le dossier constitué par la CNA. Après avoir pris connaissance de ce dossier, le Dr Z. _____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a retenu que l'assuré présentait des douleurs ainsi qu'une impotence fonctionnelle de la cheville gauche à la suite d'une arthrodèse sous-talienne. Selon ce médecin, la capacité de travail était entière depuis janvier 2009 dans une activité compatible avec les limitations fonctionnelles décrites (avis médical du 4 mai 2009). Afin de dégager des projets professionnels concrets, l'office AI a organisé un stage d'orientation, lequel n'a toutefois pas permis de valider les pistes envisagées en raison des problèmes privés de l'assuré et de son faible investissement. Par décision du 4 mai 2010, l'office AI a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, au motif que le préjudice économique subi était inférieur au seuil légal ouvrant droit à cette prestation. b) Par décisions des 11 mars 2011, 15 octobre 2013 et 28 septembre 2015, l'office AI a refusé d'entrer en matière sur les demandes de prestations déposées par l'assuré respectivement les 2 septembre 2010, 8 juillet 2013 et 1^{er} juillet 2015. c) Dans le cadre de la cinquième demande de prestations déposée le 27 juin 2016 en lien avec des troubles psychiques, l'office AI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire auprès de la Clinique N. _____ à W. _____. Se fondant sur les conclusions des experts (rapport du 15 avril 2019), approuvées par son SMR (avis médical du 9 juillet 2019), l'office AI a, par décision du 9 janvier 2020, nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité au motif que, après comparaison des revenus sans et avec invalidité, le préjudice économique subi était nul. C. Ensuite d'un courrier de l'office AI du 2 décembre 2021 informant R. _____ qu'il était en possession d'une ordonnance médicale établie le 26 novembre précédent par la Dre X. _____, médecin assistante auprès du Département de l'appareil locomoteur de l'Hôpital P. _____, laquelle préconisait l'octroi d'une planche de bain, l'assuré a déposé, le 10 décembre 2021, une demande formelle tendant à la remise de ce moyen auxiliaire. Donnant suite à un questionnaire de l'office AI du 31 janvier 2022, les Drs F. _____, médecin associé auprès du Département de l'appareil locomoteur de l'Hôpital P. _____, et X. _____, ont posé le diagnostic de lombalgies chroniques avec arthrose interapophysaire postérieure congestive en L4/L5/S1 droite et Modic I L5/S1, lequel rendait nécessaire, selon ces médecins, l'utilisation d'une planche de bain. Ils ont par ailleurs indiqué que, le 15 avril 2008, l'assuré avait fait l'objet d'une arthrodèse sous-talienne gauche pour décompensation arthrosique sur la base d'une coalition incomplète calcanéotaliennne et que, depuis lors, il présentait des lombalgies chroniques associées à des douleurs pour certains mouvements, dont l'antéflexion. Aussi, afin de faciliter les soins d'hygiène et d'éviter les risques de chute, une planche de bain était-elle prescrite (courrier du 10 février 2022). Sur mandat de l'office AI, le Centre de moyens auxiliaires de M. _____ de la Fédération suisse de consultation en moyens auxiliaires (ci-après : la FSCMA) a, le 8 mars 2022, remis en prêt à l'assuré une planche de bain [...]. Selon le rapport de consultation du 11 mars 2022, l'assuré présentait des douleurs et un équilibre précaire, si bien que la toilette debout dans la baignoire n'offrait plus une garantie de sécurité suffisante. Une planche de bain devait dès lors lui permettre d'effectuer sa toilette en position assise, limitant ainsi le risque de chute. Dans un courrier à l'office AI du 22 mars 2022, le Dr I. _____, médecin praticien et médecin traitant, a indiqué que son patient se plaignait, d'une part, de douleurs fortement

invalidantes après une arthrodèse sous-talienne gauche réalisée en 2008 et, d'autre part, de lombalgies. En dépit de l'introduction d'un traitement conservateur (anti-inflammatoires et corticothérapie), l'évolution restait défavorable puisque l'intéressé présentait toujours des douleurs à la marche, sans qu'aucune étiologie n'ait pu être mise en évidence. A cela s'ajoutaient des limitations fonctionnelles sous la forme de douleurs en position tant assise que debout obligeant l'assuré à rester en position couchée la majeure partie de la journée. Ce médecin a joint un rapport établi le 8 décembre 2021 par le Prof. V. _____, médecin-chef auprès du Département de l'appareil locomoteur de l'Hôpital P. _____, et par la Dre X. _____. Ces médecins y posaient le même diagnostic que celui figurant dans le courrier du 10 février 2022, qu'ils ont expliqué par l'apparition d'une nouvelle symptomatologie avec irradiation aux membres inférieurs des deux côtés malgré un traitement par prégabaline à haute dose. En outre, une IRM de 2019 avait mis en évidence une progression des discopathies L4-L5 et L5-S1 avec une arthrose interapophysaire postérieure et Modic I L5/S1, par rapport au comparatif de 2016. Au vu des douleurs lombaires annoncées par l'assuré et de leurs propres constatations cliniques, ils ont prescrit une ordonnance pour une planche de bain. Dans un rapport médical établi le 30 mars 2022 à l'intention du Dr I. _____, les Drs F. _____ et X. _____ ont à nouveau posé le diagnostic de lombalgies chroniques avec arthrose interapophysaire postérieure congestive en L4/L5/S1 droite et infiltration de Modic I L5/S1 (IRM du 18 octobre 2019). L'examen clinique montrait un déconditionnement physique avec un syndrome rachidien et une raideur de toute la chaîne sous-pelvienne, plus importante des ischio-jambiers. Selon le Dr C. _____, médecin auprès du SMR, les éléments médicaux en sa possession ne justifiaient pas la remise d'une planche de bain. En effet, aucun spécialiste ne mentionnait des troubles de l'équilibre ou des difficultés à garder la position debout. Par conséquent, une planche de bain n'était médicalement pas justifiée (communication interne du 25 août 2022). Par courrier du 25 août 2022, l'office AI a demandé à l'assuré la restitution de la planche de bain qui lui avait été remise en prêt le 8 mars précédent. Aux termes d'un projet de décision du 25 août 2022, l'office AI a informé l'assuré qu'il entendait refuser la prise en charge d'une planche de bain, au motif que, conformément aux indications du SMR, la remise de ce moyen auxiliaire n'était pas médicalement justifiée. Représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat, l'assuré a présenté des objections à ce projet de décision, en faisant valoir que les ordonnances établies par l'Hôpital P. _____ les 26 novembre 2021 et 10 février 2022 recommandaient la remise d'une planche de bain en raison de graves atteintes du rachis. C'était dès lors à tort que l'office AI soutenait que ce moyen auxiliaire n'était pas justifié sur le plan médical. Par décision du 7 octobre 2022, l'office AI a entériné son refus de prendre en charge une planche de bain en l'absence d'indication médicale. Une lettre d'accompagnement datée du même jour prenait position sur les objections formulées par l'assuré. D. a) Par acte du 11 novembre 2022, R. _____, agissant toujours par l'intermédiaire de son conseil, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois contre la décision du 7 octobre 2022 en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à sa réforme en ce sens que l'office AI est tenu de prendre en charge une planche de bain en sa faveur, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'administration pour complément d'instruction puis nouvelle décision. A titre de mesure provisionnelle, il a sollicité la prise en charge d'une planche de bain pour la durée de la procédure, tandis que, au vu de la précarité de sa situation économique, il a demandé l'octroi de l'assistance judiciaire. L'assuré a relevé que la décision litigieuse se fondait exclusivement sur l'avis du Dr C. _____. Or ce médecin ne justifiait d'aucune

spécialisation médicale particulière. De plus, son point de vue faisait fi de l'avis de divers spécialistes (Prof. V. _____, Drs F. _____ et X. _____), lesquels avaient tous prescrit une planche de bain. En jugeant que les conditions à une remise de ce moyen auxiliaire n'étaient pas justifiées, le Dr C. _____ avait outrepassé ses connaissances en la matière. Dans la mesure où l'office AI avait ignoré les avis des spécialistes de l'Hôpital P. _____ et n'avait retenu que l'opinion d'un médecin inhabilité à se prononcer, c'était de manière arbitraire qu'il avait considéré que les conditions à la remise d'une planche de bain n'étaient pas réunies. En outre, l'assuré a fait grief à l'office AI d'avoir rendu la décision litigieuse sur la seule base de l'avis de son médecin-conseil, sans prendre la peine de consulter les spécialistes de l'Hôpital P. _____. Ce faisant, il avait violé le principe inquisitoire et son devoir d'instruction, ce qui justifiait la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. b) Par décision du 16 novembre 2022, le bénéfice de l'assistance judiciaire a été octroyé à R. _____ avec effet au 11 novembre 2022. Aux termes de cette décision, l'assuré était exonéré du paiement d'avances et de frais judiciaires, de même que de toute franchise mensuelle. c) Dans sa réponse du 15 décembre 2022, l'office AI a fait observer que l'instruction médicale du dossier ne démontrait pas de limitation fonctionnelle motivant le recours à une planche de bain. En particulier, les conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire de la Clinique N. _____ du 15 avril 2019 renaient que les lombalgies ne relevaient pas à l'évidence d'un substrat somatique défini, raison pour laquelle elles devaient être qualifiées de lombalgies chroniques non spécifiques (M 54.5). De plus, les experts avaient signalé des douleurs chroniques du pied gauche sur status après arthrodèse sous-talienne et status après neurolyse de la branche calcanéenne du nerf tibial au tunnel carpien en 2008. Ces atteintes imposaient diverses limitations fonctionnelles en termes d'activités adaptées. Cela étant, l'avis SMR du 25 août 2022 admettait que le status rachidien prévalant en 2022 n'avait pas montré de variations significatives par rapport à celui décrit dans l'expertise de 2019. A la lumière de ces éléments et de l'ensemble des pièces médicales versées au dossier, les restrictions de nature physique mises en exergue ne permettaient pas de légitimer l'utilisation d'un dispositif de bain autorisant la position assise. Aussi l'office AI a-t-il conclu au rejet du recours. d) En réplique du 10 janvier 2023, l'assuré a souligné que, à la demande de l'office AI, le Prof. V. _____ et le Dr F. _____, tous deux spécialistes en médecine physique et réadaptation au sein du Département de l'appareil locomoteur de l'Hôpital P. _____, lui avaient prescrit une planche de bain afin de faciliter l'hygiène et d'éviter le risque de chute. Dans ces conditions, l'office AI ne pouvait soutenir que ce moyen auxiliaire ne se justifiait pas, l'avis du Dr C. _____ n'étant pas susceptible d'infirmier l'opinion des spécialistes prénommés. C'était par ailleurs en vain que l'administration se prévalait de l'expertise de la Clinique N. _____ datant de 2019 pour justifier son refus. En effet, les avis médicaux faisant état de la nécessité d'une planche de bain, qu'elle avait du reste elle-même sollicités, étaient postérieurs à cette expertise, leur valeur probante n'ayant de surcroît jamais été contestée par l'office AI. Au vu de ces éléments, l'assuré a déclaré maintenir les conclusions prises au pied de son mémoire de recours. e) A sa duplique du 6 février 2023, l'office AI a joint l'avis établi le même jour sous la plume du Dr C. _____. Au terme de son analyse, ce médecin a estimé qu'il n'existait pas d'éléments médicaux objectivement vérifiables, rattachés à la période prévalant jusqu'à la période litigieuse, qui n'auraient pas été pris en compte dans le cadre de l'instruction et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause la nécessité de recourir à une planche de bain. Se ralliant à cet avis, l'office AI a derechef conclu au rejet du recours. f) Dans ses déterminations du 3 mars 2023, l'assuré a relevé que,

parmi les arguments avancés par le Dr C. _____ pour justifier le refus de prise en charge d'une planche de bain à titre de moyen auxiliaire, les rapports médicaux au dossier ne faisaient pas mention d'un risque de chute, ni même d'un diagnostic clair qui soutiendrait un tel risque de façon significative. Or un risque de chute était pourtant expressément évoqué dans le rapport médical du 10 février 2022. Partant, il a confirmé ses conclusions. E. Statuant par arrêt du 22 novembre 2023 (cause AI 247/22 – 315/2023), la Cour de céans a admis le recours formé par l'assuré contre la décision de refus d'entrer en matière rendue par l'office AI le 22 août 2022 qu'elle a annulée, la cause étant renvoyée à l'administration afin qu'elle entre en matière sur la demande de prestations déposée le 15 novembre 2021, en reprenne l'instruction puis rende une nouvelle décision. 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]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours 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. Le litige a pour objet la prise en charge, respectivement la restitution, d'une planche de bain accordée au recourant le 8 mars 2022 à titre de moyen auxiliaire. 3. a) Selon l'art. 8 al. 1 LAI, 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 (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Les assurés ont notamment droit à l'octroi de moyens auxiliaires, quelles que soient les possibilités de réadaptation à la vie professionnelle ou à l'accomplissement de leurs travaux habituels (art. 8 al. 2 LAI). b) Aux termes de l'art. 21 LAI, l'assuré a droit, d'après une liste que dressera le Conseil fédéral, aux moyens auxiliaires dont il a besoin pour exercer une activité lucrative ou accomplir ses travaux habituels, pour maintenir ou améliorer sa capacité de gain, pour étudier, apprendre un métier ou suivre une formation continue, ou à des fins d'accoutumance fonctionnelle (al. 1, première phrase). Par ailleurs, l'assuré qui, par suite de son invalidité, a besoin d'appareils coûteux pour se déplacer, établir des contacts avec son entourage ou développer son autonomie personnelle, a droit, sans égard à sa capacité de gain, à de tels moyens auxiliaires conformément à une liste qu'établira le Conseil fédéral (al. 2). c) La liste des moyens auxiliaires fait l'objet d'une ordonnance du Département fédéral de l'intérieur (art. 14 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). L'art. 2 al. 1 OMAI (ordonnance du DFI [Département fédéral de l'intérieur] du 29 novembre 1976 concernant la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-invalidité ; RS 831.232.51) prévoit qu'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. L'annexe de l'OMAI comprend notamment des installations de WC-douches et WC-séchoirs, ainsi que des compléments aux installations sanitaires existantes, lorsque les assurés ne peuvent faire seuls leur toilette sans de telles installations (ch. 14.01). d) La prise en charge de tout moyen auxiliaire doit

répondre aux critères de simplicité et d'adéquation (art. 8 al. 1 et 21 al. 3 LAI), lesquels sont l'expression du principe de proportionnalité. Ils supposent, d'une part, que la prestation en cause soit propre à atteindre le but fixé par la loi et apparaisse nécessaire et suffisante à cette fin et, d'autre part, qu'il existe un rapport raisonnable entre le coût et l'utilité du moyen auxiliaire, compte tenu de l'ensemble des circonstances de fait et de droit du cas particulier. Dans ce contexte, il convient notamment de prendre en considération l'importance de la réadaptation que le moyen auxiliaire devrait permettre d'atteindre et la durée pendant laquelle ce moyen pourra servir l'objectif de réadaptation (ATF 146 V 233 consid. 2.2 ; 134 I 105 consid. 3 ; 132 V 215 consid. 3.2.2 ; TF 9C_279/2015 du 10 novembre 2015 consid. 3.4 et les références citées). L'assurance sociale n'a pas pour mission 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 (ATF 146 V 233 précité ; 131 V 167 consid. 4.2 et les références citées ; TF 9C_640/2015 du 6 juillet 2016 consid. 2.3 ; TF 8C_699/2013 du 3 juillet 2014 consid. 6.2 ; à propos de l'interdiction de la discrimination à l'égard des personnes handicapées, voir ATF 134 I 105 consid. 5). 4. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées). 5. a) En l'occurrence, la planche de bain avait été octroyée en mars 2022 sur prescription médicale, avant que l'office AI en demande la restitution par la décision litigieuse, laquelle se fonde sur l'avis du seul Dr C. _____ du SMR. Le recourant se prévaut de la prescription d'une planche de bain par trois médecins spécialistes (Prof. V. _____, Drs F. _____ et X. _____), lesquels ont explicitement mentionné ce moyen auxiliaire (cf. ordonnance du 26 novembre 2021 et rapports médicaux des 8 décembre 2021 et 10 février 2022), et le motif de l'octroi (hygiène et risque de chute). b) Il n'est pas contesté que le recourant souffre de lombalgies chroniques avec arthrose interapophysaire postérieure congestive en L4/L5/S1 droite, associées à des douleurs pour certains mouvements, notamment l'antéflexion. Si, comme l'a relevé l'office intimé dans sa réponse du 15 décembre 2022, cette affection n'est pas susceptible de restreindre la capacité de travail du recourant dans une activité légère et sédentaire, elle n'en a pas moins des répercussions objectives sur sa capacité à faire sa toilette en toute sécurité. Sans contester que le recourant est en mesure de se déplacer et de se tenir debout, les médecins prénommés ont néanmoins souligné que ces éléments faisaient partie intégrante du tableau clinique de la maladie ; il n'en demeurait pas moins, à leurs yeux, que l'autonomie du recourant était sensiblement limitée et que l'usage d'une planche de bain s'avérait indispensable pour éviter le risque de chute. c) Faute d'avoir procédé à un examen clinique de l'assuré, respectivement d'avoir instruit plus avant la nécessité du moyen auxiliaire au regard des diagnostics retenus par les médecins traitants, le Dr C. _____ ne pouvait s'écarter de l'avis des spécialistes au motif qu'ils se seraient uniquement fondés sur les seules plaintes subjectives de l'assuré, alors que les diagnostics posés permettraient de retenir l'absence de risque de chute. Il s'agit là d'un avis isolé, purement spéculatif, émis par un médecin qui n'est pas spécialiste, et sans examen clinique, se révélant ainsi arbitraire. d) Fondée sur ce seul avis, la décision litigieuse de refus,

respectivement de restitution du moyen auxiliaire qu'elle implique, est clairement mal fondée. 6. En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée, en ce sens que l'office intimé est tenu de prendre en charge les coûts d'une planche de bain à titre de moyen auxiliaire en faveur du recourant. 7. a) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige. b) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 1'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée. Par ces motifs, le juge unique prononce : I. Le recours est admis. II. La décision rendue le 7 octobre 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que cet office est tenu de prendre en charge les coûts d'une planche de bain à titre de moyen auxiliaire en faveur de R._____. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six 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 R._____ une indemnité de 1'000 fr. (mille francs) à titre de dépens. Le juge unique : _____ Le greffier : _____ Du L'arrêt qui précède est notifié à : ■ Me Jean-Michel Duc, avocat (pour R._____), ■ 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 :

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