

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 8 septembre 2017

---

Composition : Mme RÖTHENBACHER, juge unique  
Greffière : Mme Kreiner

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

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

et

**CAISSE CANTONALE VAUDOISE DE COMPENSATION AVS**, à Vevey,  
intimée.

---

**Art. 14 al. 1 let. a LPC ; art. 17 RLVPC**

**E n f a i t :**

**A.** D.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], bénéficie de prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants (AVS) et invalidité (AI) depuis le 1<sup>er</sup> août 2013.

Le 2 mai 2014, la Polyclinique B.\_\_\_\_\_ (ci-après : la B.\_\_\_\_\_) a demandé, par le biais de l'application [...], la validation de la prise en charge de frais dentaires pour des soins prodigués à l'assuré.

Le même jour, la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS (ci-après : la caisse ou l'intimée) a confirmé l'identité et la prise en charge.

Le 9 mai 2014, la B.\_\_\_\_\_ a soumis à la Dresse J.\_\_\_\_\_, médecin-dentiste conseil adjoint de l'Administration cantonale vaudoise (ci-après : le médecin-dentiste conseil), le dossier de l'assuré et une facture pro forma (FPF) d'un montant total de 3'713 fr. 10, soit 1'457 fr. de frais cliniques, 2'089 fr. de frais de laboratoire et 167 fr. 12 de TVA (taxe sur la valeur ajoutée). Cette facture détaillait également les prestations fournies.

Le 16 juin 2014, la Dresse J.\_\_\_\_\_ a demandé que le dossier de l'assuré soit complété, ce qui a été fait le 8 juillet 2014 par la B.\_\_\_\_\_.

Le 7 août 2014, le médecin-dentiste conseil a convoqué l'assuré à un examen d'expertise fixé le 29 août 2014.

Le 29 août 2014, la Dresse J.\_\_\_\_\_ a relevé que, après l'expertise réalisée le même jour en présence d'un deuxième médecin, la facture pro forma qui lui avait été soumise était acceptée telle quelle.

Par courrier du 6 septembre 2014, l'assuré a demandé à la caisse de suspendre le paiement des factures de la B.\_\_\_\_\_, au motif que ses prothèses dentaires n'étaient pas conformes puisqu'elles lui faisaient mal. Il a également soutenu que la B.\_\_\_\_\_ ne l'avait jamais convoqué pour faire les corrections nécessaires.

Par courrier du 13 octobre 2014, la caisse a informé l'intéressé qu'aucune facture n'avait encore été réglée à la B.\_\_\_\_\_. Elle a ajouté que, dans la mesure où le médecin-dentiste conseil vu en expertise avait décidé que le travail était conforme aux règles de l'art, elle était dans l'impossibilité de répondre favorablement à la requête de l'assuré. La facture serait en conséquence payée, conformément à la décision de la Dresse J.\_\_\_\_\_ qui la liait « en matière technique ».

Par courrier du 17 octobre 2014 qualifié ultérieurement d'opposition anticipée par la caisse, l'assuré a contesté que le travail de la B.\_\_\_\_\_ ait été conforme aux règles de l'art, rappelant que les appareils n'étaient pas adaptés à sa bouche et qu'ils lui faisaient mal. Il a soutenu que la Dresse J.\_\_\_\_\_ n'avait pas pris ses plaintes en considération et l'avait invité à s'adresser à la caisse. Après avoir à nouveau demandé que la facture de la B.\_\_\_\_\_ ne soit pas payée à ce stade, il a émis le souhait d'être examiné par un médecin-orthodontiste spécialisé.

Par décision du 24 octobre 2014, la caisse a accepté de prendre en charge les frais de traitement d'un montant de 3'713 fr. 10, étant précisé que son versement interviendrait dans les jours suivants à la B.\_\_\_\_\_.

Par courrier du 27 octobre 2014, la caisse a transmis la correspondance du 17 octobre 2014 de l'assuré au médecin-dentiste conseil. Elle l'a prié de bien vouloir la tenir informée de la suite à donner à ce dossier, aucune facture relative au traitement en question n'ayant été réglée à ce moment-là.

Par courrier du 31 octobre 2014, la Dresse J.\_\_\_\_\_ a requis un examen de l'intéressé par la Commission des litiges du canton de Vaud (ci-après : la commission des litiges), après avoir résumé le cas.

On extrait ce qui suit de la décision de la commission des litiges adressée le 1<sup>er</sup> février 2015 à l'assuré :

"La Commission des Litiges s'est réunie le 20 janvier 2015. Elle a examiné soigneusement votre dossier et est arrivée aux conclusions suivantes :

- Les prothèses réalisées à la B. \_\_\_\_\_ sont conformes aux Règles de l'Art.
- Il subsiste des caries non soignées au niveau des dents 11, 12 et 13.

En conséquence de ce qui précède, la Commission a pris les décisions suivantes :

- Elle prie les PC [...] d'honorer les soins effectués à la B. \_\_\_\_\_.
- Elle conseille à Mr D. \_\_\_\_\_ de reprendre contact avec la B. \_\_\_\_\_ ou tout autre Médecin-dentiste de son choix en vue de soigner les caries restantes, et vraisemblablement cause des sensibilités antérieures décrites par le patient. Une demande sera préalablement déposée auprès des PC [...]."

Par décision sur opposition du 2 mars 2015, la caisse a rejeté l'opposition formée le 17 octobre 2014 par l'assuré. En substance, elle a retenu qu'elle était liée par les déterminations du médecin-dentiste conseil et les décisions de la commission des litiges, renvoyant pour le surplus à la décision rendue le 1<sup>er</sup> février 2015 par cette dernière.

**B.** Par acte daté du 6 avril 2015 (date du timbre postal), D. \_\_\_\_\_ a interjeté recours à l'encontre de la décision sur opposition précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à son annulation. En résumé, il a détaillé les différentes étapes du traitement dentaire subi à la B. \_\_\_\_\_, les douleurs ressenties à la suite de celui-ci et les difficultés à entrer en contact avec la Dresse X. \_\_\_\_\_ qui l'avait initialement prise en charge. Il a également allégué qu'une autre doctoresse lui avait proposé de réparer les appareils, ce qu'il avait refusé car il ne voulait pas laisser un autre médecin-dentiste interférer dans le processus. Il a ajouté que cette même doctoresse lui avait confirmé qu'il avait deux dents de devant cassées, alors que, selon lui, ses dents n'étaient pas cassées lorsqu'il s'était rendu à la B. \_\_\_\_\_ la première fois pour un devis. Dans ce contexte, le recourant attendait une confirmation du fait que ses dents de devant avaient été cassées durant l'opération et des complications survenues lors de l'intervention. L'intéressé a ensuite remis en cause la « légèreté » de l'examen très « standard » effectué lors de la première expertise, qui avait conclu que le

traitement avait été réalisé selon les règles de l'art. Il a fait valoir qu'une seconde expertise, réalisée à [...] par la Dresse L.\_\_\_\_\_, médecin-dentiste, était plus complète. Ses conclusions avaient d'ailleurs été transmises à la commission des litiges et il avait demandé à en recevoir une copie mais n'avait jamais rien reçu. Plus loin, le recourant a allégué avoir demandé l'avis de deux professionnels des prothèses dentaires. Ceux-ci avaient estimé qu'il y avait eu une erreur, mais qu'une correction était possible, étant précisé que l'empreinte initiale de sa bouche serait nécessaire. Finalement, l'assuré s'est demandé si cette empreinte existait encore et a émis l'hypothèse que la commission des litiges avait été induite en erreur par un manque d'informations précises et indépendantes.

Dans sa réponse du 18 mai 2015 (date du timbre postal), l'intimée a conclu au rejet du recours. En substance, elle retenu que le dossier ne mentionnait nullement des dents cassées comme évoqué dans le recours, la décision de la commission des litiges relevant des caries non soignées qui auraient vraisemblablement causé les sensibilités décrites par le recourant. La caisse a ensuite relevé que l'assuré ne citait pas le nom des deux professionnels auxquels il aurait demandé un avis sur la qualité des prothèses. Elle a enfin estimé qu'elle agissait en tant qu'organe payant et qu'il ne lui appartenait pas de remettre en cause les conclusions techniques du médecin-dentiste conseil et de la commission des litiges, auxquelles elle était liée.

Par réplique du 15 juin 2015, le recourant a fait valoir que sa démarche tendait depuis le début à la rectification de ses prothèses dentaires qui lui faisaient mal. Il a ajouté ne pas contester le fait que la B.\_\_\_\_\_ devait être payée, mais demander la suspension du versement jusqu'à ce que le travail soit « bien fait et terminé ». S'agissant des experts en prothèses dentaires contactés, il a soutenu qu'il avait demandé un avis informel et que les deux opinions coïncidaient. Il fallait payer pour avoir un avis écrit et signé et il n'avait pas d'argent. L'intéressé a ensuite également critiqué la deuxième expertise réalisée par la Dresse L.\_\_\_\_\_, dès lors qu'il n'en avait reçu aucun exemplaire et que ce médecin-dentiste

lui avait dit connaître la Dresse X.\_\_\_\_\_. Enfin, pour le cas où la Cour de céans devait considérer qu'un dossier plus « consistant » était nécessaire, le recourant a demandé les « moyens et le temps de le préparer avec quelqu'un ».

Par duplique du 6 juillet 2015, l'intimée a maintenu sa position.

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent aux prestations versées en vertu du chapitre 2 de la LPC (loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI ; RS 831.30), sauf dérogation expresse (art. 1 LPC).

Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA) auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). Un membre de cette cour statue en tant que juge unique sur les recours dont la valeur litigieuse n'excède pas 30'000 fr. (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

**c)** Selon l'art. 75 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD, a qualité pour former recours contre une décision administrative toute personne physique ou morale ayant pris part à la procédure devant l'autorité précédente ou ayant été privée de la possibilité de le faire, qui est atteinte par la décision attaquée et qui dispose d'un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (let. a), ainsi que toute autre personne ou autorité qu'une loi autorise à recourir (let. b). En

matière d'assurances sociales, en vertu de l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Constitue un intérêt digne de protection au sens des dispositions précitées, tout intérêt actuel de droit ou de fait à demander la modification ou l'annulation de la décision attaquée que peut faire valoir une personne atteinte par cette dernière (ATF 137 II 40 consid. 2.3 ; TF 8C\_68/2008 du 27 janvier 2009 consid. 2.1 et K 112/06 du 30 mai 2007 consid. 4.1). L'intérêt digne de protection consiste ainsi en l'utilité pratique que l'admission du recours apporterait au recourant en lui évitant de subir un préjudice de nature économique, idéale, matérielle ou autre, que la décision attaquée lui occasionnerait (ATF 137 II 40 consid. 2.3 et 135 II 145 consid. 6.1 ; TF 8C\_251/2014 du 11 mars 2015 consid. 1.1.1). Le recourant doit pouvoir se prévaloir d'un intérêt direct et concret, ou du moins se trouver dans un rapport particulier et spécialement étroit avec l'objet du litige (ATF 135 II 145 consid. 6.1 et 133 II 400 consid. 2.2 ; TF 8C\_68/2008 du 27 janvier 2009 consid. 2.1).

**d)** En l'espèce, déposé en temps utile devant le tribunal compétent, le recours satisfait en outre aux conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment). Il est donc recevable dans cette mesure.

On peut en revanche s'interroger sur le point de savoir si le recourant dispose d'un intérêt à recourir au sens de l'art. 59 LPGA. En effet, il réclame la suspension du paiement de la facture de la B. \_\_\_\_\_ jusqu'à ce que le travail soit « bien fait et terminé ». Or, la totalité de la facture litigieuse est prise en charge par l'intimée, de sorte que l'intéressé ne subirait aucune perte financière si celle-ci était payée par la caisse. De surcroît, le paiement de cette facture ne le priverait pas de la possibilité de déposer une nouvelle demande de prestations complémentaires pour un traitement visant à remédier à ses douleurs et à son inconfort (p.ex. soin des caries et/ou correction des prothèses dentaires déjà obtenues), qu'il ne s'agit au demeurant pas de nier ou de remettre en cause ici. On comprend ainsi mal l'utilité pratique et actuelle que l'admission du recours apporterait au recourant, dès lors que la décision entreprise ne paraît pas lui occasionner de préjudice. Cette question peut néanmoins rester ouverte, le recours devant de toute manière être rejeté pour les motifs développés ci-dessous.

La valeur litigieuse étant inférieure à 30'000 fr. au vu du montant de la facture du traitement dentaire en cause, le présent recours relève de la compétence d'un membre de la Cour des assurances sociales statuant en tant que juge unique.

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont

des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1, 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a).

**b)** En l'espèce, le litige porte sur la prise en charge par l'intimée, au titre de prestations complémentaires, des frais du traitement dentaire dont le recourant a bénéficié à la B. \_\_\_\_\_ (3'713 fr. 10). Il ne s'agit en revanche pas de se prononcer sur la nécessité ou l'opportunité de rectifier les prothèses dentaires qui lui occasionnent des douleurs.

**3. a)** En vertu de l'art. 3 al. 1 let. b LPC, les prestations complémentaires comprennent le remboursement des frais de maladie et d'invalidité.

Conformément à l'art. 14 al. 1 let. a LPC, les cantons remboursent aux bénéficiaires d'une prestation complémentaire annuelle les frais de traitement dentaire, s'ils sont dûment établis. Les cantons précisent quels frais peuvent être remboursés en vertu de l'al. 1. Ils peuvent limiter le remboursement aux dépenses nécessaires dans les limites d'une fourniture économique et adéquate des prestations (art. 14 al. 2 LPC).

**b)** L'art. 17 al. 1 RLVPC (règlement vaudois d'application de la loi du 13 novembre 2007 sur prestations complémentaires à l'assurance vieillesse, survivants et invalidité ; RSV 831.21.1) prévoit que les frais de traitement dentaire sont soumis à une procédure d'estimation et de remboursement fixée dans le cadre d'une convention passée entre le Département de la santé et de l'action sociale (ci-après : le département) et les instances représentant les médecins dentistes du canton de Vaud. Les frais admis sont fixés dans un référentiel annexé à la convention et établis par le médecin-dentiste conseil de l'Administration cantonale. Les devis sont préalablement approuvés par le médecin-dentiste conseil, dont les déterminations fondent les décisions de la caisse, y compris pour les médecins dentistes non signataires de la convention (art. 17 al. 2 RLVPC, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> phrases).

La convention concernant les traitements dentaires entre le département et la Profession Dentaire Vaudoise du 26 mars 2007 (ci-après : la convention ; consultable sur le site internet <https://www.md-conseil-vd.ch>, rubrique « Informations pratiques ») a notamment la teneur suivante :

#### **"ARTICLE 1 : BUT**

La présente convention a pour but de régler :

1. Les procédures d'estimations d'honoraires, de collaboration et de contrôle par le médecin-dentiste conseil de l'administration cantonale vaudoise (*Policlinique médicale universitaire désignée ci-après par : MC*).
2. La procédure de remboursement par le régime des prestations complémentaires AVS/AI et/ou les régimes d'action sociale de l'Etat de Vaud des frais de traitement dentaire directement au médecin-dentiste traitant (*ci-après désigné par : MD*) (système du tiers payant).

#### **ARTICLE 2 : CHAMP D'APPLICATION — DEVIS**

Les frais de traitement dentaire qui dépassent Fr. 2'000.- pour les PC et Fr. 500.- pour l'AS en 2007 sont soumis obligatoirement à la présentation d'un devis pour approbation par le MC ; pour les années subséquentes, l'article 12 est réservé.

Les soins d'urgence et les soins de prophylaxie ne sont pas soumis à la présentation préalable d'un devis.

Les devis présentés doivent obligatoirement comporter le détail des soins donnés à la valeur du point LAA ainsi que les numéros des dents concernées.

[...]

#### **ARTICLE 4 : DÉCISION DU MÉDECIN-DENTISTE CONSEIL**

A réception du devis de traitement dentaire, le service concerné (CCAVS, SASH ou SPAS et autorités d'application du RI) le soumet à l'avis du MC. Celui-ci expertise le dossier et transmet sa détermination audit service.

Pour fonder sa détermination, le MC peut, le cas échéant, convoquer le patient pour examiner et déterminer, dans un délai de deux mois à dater de la réception du devis par le MC :

1. La conformité du devis aux besoins thérapeutiques du patient.

2. La conformité des prestations proposées avec les dispositions du référentiel.

Le MC peut proposer au MD des modifications de devis ou demander l'établissement d'un devis conforme au référentiel.

Sur demande du MC, le MD doit fournir à tout moment les éléments du dossier relatifs au devis ou au traitement effectué.

En cas de contestation, le MC peut fournir une deuxième détermination motivée et transmettre le dossier à la commission des litiges dont la composition est réglée à l'art. 7 de la présente convention. L'avis de la commission des litiges est sans appel.

#### **ARTICLE 5 : PAIEMENT DES HONORAIRES**

Les factures doivent obligatoirement comporter le détail des soins donnés (*positions du tarif AA / AM / AI*) ainsi que les numéros des dents concernées. Le MD les envoie au service concerné.

Pour les soins d'urgence, de prophylaxie et de traitement dentaire non soumis à un devis, le service concerné rembourse directement le MD.

Pour les soins soumis à devis, le remboursement est préalablement soumis à l'approbation du MC.

Les prestations du devis refusé par le MC ou par la commission des litiges ne font l'objet d'aucun remboursement par le service concerné

[...]

#### **ARTICLE 7 : COMMISSION DE[S] LITIGES**

Les parties à la présente convention mettent sur pied une commission des litiges composée d'au moins trois représentants des signataires. Le MC représente le service concerné dans cette commission. La commission désigne son président lors de sa première séance et élabore son règlement intérieur.

#### **ARTICLE 8 : CONTESTATION DU PATIENT**

Lors de la réception de la facture ainsi qu'après le remboursement du traitement dentaire au MD, le MC est en droit de convoquer le patient pour examen si celui-ci émet des réserves quant à la conformité du traitement ou fait part de son insatisfaction.

Si le MC constate que le traitement effectué est non conforme aux objectifs fixés lors de l'acceptation du devis, le MD s'oblige à revoir le cas et à chercher à atteindre les objectifs fixés d'un commun accord avec le MC.

Si le MD refuse la reprise du travail jugé non conforme par le MC ou, le cas échéant, par la commission des litiges, le service concerné doit refuser le paiement des prestations ou réclamer le remboursement.

### **ARTICLE 9 : DURÉE ET DÉNONCIATION**

La présente convention entre en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2007.

La convention est signée pour une année civile et est reconduite tacitement si elle n'est pas dénoncée par l'une ou l'autre des parties pour la fin d'une année civile, moyennant un délai de six mois.

La dénonciation de la convention vaut renoncement au tiers payant".

**c)** Dans le domaine des assurances sociales, le juge base généralement sa décision 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 139 V 176 consid. 5.3 ; TF 9C\_503/2013 du 25 février 2014 consid. 6.1). En droit des assurances sociales, il n'existe par conséquent pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et 126 V 319 consid. 5a ; TF 9C\_189/2015 du 11 septembre 2015 consid. 5.1).

Par ailleurs, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (ATF 125 V 193 consid. 2 ; TF 9C\_718/2015 du 22 mars 2016 consid. 5.2). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves

(ATF 139 V 176 consid. 5.2 et 125 V 193 consid. 2 ; TF 8C\_94/2016 du 30 janvier 2017 consid. 6.1).

**4. a)** En l'espèce, le dossier de l'assuré et la facture de la B.\_\_\_\_\_ ont été soumis au médecin-dentiste conseil. Ce dernier a demandé un complément d'information et a examiné personnellement le recourant le 29 août 2014, en présence d'un autre médecin. Sur la base de cette expertise, il a estimé que la facture litigieuse pouvait être entièrement acceptée. Selon la caisse (courrier du 13 octobre 2014), le traitement de la B.\_\_\_\_\_ a été jugé conforme aux règles de l'art par la Dresse J.\_\_\_\_\_.

Ayant été saisie par cette dernière, la commission des litiges a elle aussi jugé dans sa décision du 1<sup>er</sup> février 2015 que les prothèses dentaires avaient été réalisées dans les règles de l'art. En conséquence, elle a prié « *les PC [...] d'honorer les soins effectués à la B.\_\_\_\_\_* ». S'agissant des douleurs invoquées par le recourant, la commission a relevé que celles-ci étaient vraisemblablement dues à des caries non soignées et a conseillé à l'intéressé de consulter à ce sujet, après avoir fait une demande auprès des prestations complémentaires.

**b)** Le recourant, quant à lui, a contesté la bienfaisance des prothèses, au motif qu'elles n'étaient pas adaptées et qu'elles lui faisaient mal. A l'appui de son propos, il s'est notamment référé à l'avis de deux professionnels des prothèses dentaires qui auraient considéré, selon lui, qu'il y avait eu une erreur dans son traitement. Or, il n'a produit aucune pièce permettant de corroborer leurs propos, ni même donné de précision sur leur identité et leur profession exacte. On ne trouve pas non plus dans le dossier trace de l'expertise de la Dresse L.\_\_\_\_\_, dont les conclusions restent par conséquent peu claires. On relèvera encore que les fractures des dents de devant invoquées par le recourant n'ont été mentionnées ni par la Dresse J.\_\_\_\_\_, ni par la commission des litiges. Cette dernière a toutefois remarqué des caries non soignées qui étaient vraisemblablement la cause des sensibilités antérieures décrites par l'assuré et qu'elle lui conseillait de soigner.

Force est ainsi de constater que le recourant n'a apporté aucun élément objectif propre à démontrer au degré de la vraisemblance prépondérante que le traitement de la B. \_\_\_\_\_ n'a pas été effectué dans les règles de l'art. En outre, aucun autre élément au dossier ne permet de mettre en doute l'appréciation - concordante - du médecin-dentiste conseil et de la commission des litiges.

**c)** Au vu de ce qui précède, c'est à raison que l'intimée a accepté la prise en charge de la facture de 3'713 fr. 10 relative à celui-ci.

Nonobstant ce qui précède, le recourant est rendu attentif au fait qu'il pourra solliciter la prise en charge par les prestations complémentaire d'un traitement visant à soigner les caries observées par la commission des litiges et/ou de nouvelles prothèses dentaires, si nécessaire, après avoir formulé une demande en ce sens auprès de l'autorité compétente.

**5. a)** En définitive, le recours doit être rejeté, dans la mesure où il est recevable, et la décision sur opposition entreprise confirmée.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,  
la juge unique  
p r o n o n c e :**

**I.** Le recours est rejeté.

**II.** La décision sur opposition rendue le 2 mars 2015 par la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS est confirmée.

**III.** 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 :

- D. \_\_\_\_\_,
- Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS,
- 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 :