

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 30 janvier 2020

---

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, juge unique  
Greffière : Mme Chapuisat

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**R.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Guillaume Etier, avocat à Genève,

et

**CAISSE Z.** \_\_\_\_\_, à Vevey, intimée.

---

**Art. 14 al. 1 let. a LPC ; art. 17 et 20 RVLPC**

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** Q.\_\_\_\_\_, patient de la Dre R.\_\_\_\_\_, médecin-dentiste (ci-après : la recourante) est au bénéfice de prestations complémentaires de l'assurance-vieillesse, survivants (AVS) et invalidité (AI). De ce fait, il a droit au remboursement de ses frais de maladie, mais également de ses frais de soins dentaires.

Dans le courant du mois de mai 2016, la Dre R.\_\_\_\_\_ a soumis, par le biais de l'application ...]MEDIDENT-VD, une estimation d'honoraires au médecin-dentiste conseil de l'Administration cantonale vaudoise (ci-après : le médecin-dentiste conseil ou MDC), laquelle a été acceptée le 31 mai 2016. Elle comprenait notamment un pansement des canaux radiculaires avec reconstitution en composite de la dent 46 de Monsieur Q.\_\_\_\_\_, ainsi qu'un composite occlusal de la dent 47. Ce traitement a été facturé et validé pour paiement le 11 juillet 2016.

Le 20 juin 2017, une nouvelle estimation d'honoraires émanant de la Dre R.\_\_\_\_\_ a été acceptée pour des composites sur les dents 46 et 47 de Monsieur Q.\_\_\_\_\_. Ce traitement a été facturé et validé pour paiement le 18 juillet 2017.

Le 20 mars 2018, la Dre R.\_\_\_\_\_ a demandé au MDC une nouvelle estimation d'honoraires concernant la réalisation d'une couronne sur la dent 46 et d'un nouveau composite, le troisième, sur la dent 47 du patient Q.\_\_\_\_\_.

**b)** On extrait ce qui suit du rapport du 29 mai 2018 de la Dre L.\_\_\_\_\_, médecin-dentiste conseil adjointe, adressé au Président de la Commission cantonale des litiges (ci-après : CCL), relatif aux traitements sur la personne de Monsieur Q.\_\_\_\_\_ par la Dre R.\_\_\_\_\_ :

« Le 31.05.2016, une EH [estimation d'honoraires] de CHF 1520.20 a été acceptée, comprenant entre autres un pansement 2 canaux et

une reconstitution 1-2 cuspides (ODL) sur 46, et un composite 1 face (O) sur 47.

La FPF [facture pro forma], de CHF 1525.20 a été validée automatiquement le 11.07.2016.

Le 20.06.2017, une nouvelle EH de CHF 1350.05 est validée, pour un composite 3 faces (ODL) sur la 46 et un de 2 faces (MO) sur 47 ; la FPF de CHF 1305.05 est acceptée automatiquement.

Sur la BW [radiographie de type Bite-Wing] du 17.05.2017, on ne voit aucune trace de traitement radiculaire, ni de composite, sur la 46.

Le 20.03.2018, une nouvelle EH de CHF 1729.55 nous parvient, demandant la réalisation d'une couronne sur 46 et d'un composite MO sur 47.

L'examen de la BW du 19.02.2018 et de la photographie qui nous sont transmises met en évidence :

- 1) Aucune trace de traitement radiculaire ni de composite du 46 ; aucun composite MO sur 47.
- 2) Le fait que des obturations facturées par la Consœur R.\_\_\_\_\_ ne sont pas visibles sur ces clichés.

Nous avons convoqué ce patient pour expertise ; cette expertise a eu lieu le 07.05.2018 en collaboration avec le Dr M.\_\_\_\_\_, et nous avons pu constater qu'effectivement, une partie des obturations facturées par la Consœur R.\_\_\_\_\_ n'ont pas été réalisées ».

Suite à ce courrier, la CCL s'est réunie le 25 septembre 2018 pour examiner le cas de la Dre R.\_\_\_\_\_ concernant le patient Q.\_\_\_\_\_. Le rapport du même jour du Dr C.\_\_\_\_\_ a la teneur suivante :

<b>« Patient</b>	<b>Q._____ ( [...].1965)</b>
<b>Motif du litige</b>	Lettre du 29 mai 2019 de la Dresse L._____ (cf copie)
<b>Praticien</b>	<b>Dr R._____</b>
<b>MDC</b>	Dr [...], Mme [...]
<b>Organisme payeur</b>	Caisse Cantonale de compensation AVS-Vevey
<b>Rapport</b>	Patient de 52 ans, traité régulièrement depuis juin 2014 par la Dresse R._____. Statu psychiatrique instable. Il a résidé à l'EMS [...] à [...] lors des traitements, et actuellement à l'EPS [...] à [...].
	<b>31.05.2016 :</b> EH de CHF 1525.20 acceptée, comprenant entre autres :

- pansement 2 canaux (sans obturation...) et une reconstitution 1-2 cuspides (ODL) sur 46  
- composite 1 face (O) sur 47.  
FPF, de CHF 1525.20 validée automatiquement le 11.07.2016.

**20.06.2017** : nouvelle EH de CHF 1350.05 validée pour, entre autres, composite 3 faces (ODL) sur la 46  
- composite 2 faces (MO) sur 47  
- FPF de CHF 1305.05 acceptée automatiquement le 18.07.2017.

Sur la BW du 17.05.2017, on ne voit aucune trace de traitement radiculaire, ni de composite sur la 46.

**20.03.2018** : nouvelle EH de CHF 1729.55 pour réalisation d'une couronne sur 46 + composite MO sur 47.

**Extrait de la lettre de la Dresse L. \_\_\_\_\_ :**  
*L'examen de la BW du 19.02.2018 et de la radiographie qui nous sont transmises met en évidence : 1) Aucune trace de traitement radiculaire ni de composite sur 46 ; aucun composite MO sur 47. 2) Le fait que des obturations facturées par la Consoeur R. \_\_\_\_\_ ne sont pas visibles sur ces clichés. Nous avons convoqué ce patient en expertise ; cette expertise a eu lieu le lundi 07.05.2018 en collaboration avec le Dr M. \_\_\_\_\_, et nous avons pu constater qu'effectivement, une partie des obturations facturées par la Consoeur R. \_\_\_\_\_ n'ont pas été réalisées.*

Courriel à la Dresse R. \_\_\_\_\_ le 14 juin 2018 lui demandant des explications quant à ses demandes répétitives de traitements sur 46 et 47. Elle explique qu'il s'agit d'un patient difficile à gérer (toc avec ses dents, joue avec les cure-dents et « fait bouger les obturations... », grossier, mots fallacieux).

Quant à la facturation d'un pansement 2 canaux sur la dent 46, mais jamais réalisé, la consoeur explique qu'au départ elle prévoyait un traitement de racines, d'où la position 4416, mais qu'elle y a renoncé car la dent s'est « renforcée » et le patient n'avait plus mal et voulait garder sa dent vivante. Elle consent qu'il s'agit d'une erreur de facturation.

L'expertise du Dr M. \_\_\_\_\_ et de la Dresse L. \_\_\_\_\_ a montré l'absence de composite de collet sur les dents 14, 35, 37, ni MOD sur la 46, ni MO sur la 47.

Dans sa fiche de ttt, le 12.07.17, Mme R. \_\_\_\_\_ parle de compo DOP + vestibulaire sur la 46, et de OV + palatin sur la 47.

Acceptation de l'estimation d'honoraires de Mme [...] du 31.05.2016 :

Cher Confrère,  
L'estimation d'honoraire est acceptée avec les modifications suivantes :

- 4001 remplace 4000
- Pour le traitement de racines de la dent 46, je vous laisserai compléter à l'envoi de la FPF car il manque l'obturation et me joindre la radiographie de contrôle.

**Expertise** Pas possible à cause du refus catégorique du patient (essayé à deux reprises).

**Recommandation** - Avertissement énergique à la Dresse R. \_\_\_\_\_ pour facturer des prestations non effectuées. (amende ?)

- Exiger le remboursement des traitements effectués sur les dents 46 et 47 figurant sur les notes d'honoraires du 11.07.2016 et du 18.07.2017, soit la somme de 1197.- CHF
- Être plus stricte de manière générale sur l'obtention des radiographies de contrôle des TR (peut-on empêcher l'acceptation automatique de la FPF lorsqu'il manque un traitement logique comme l'obturation des canaux, ou alors ne pas accepter l'EH sans cette prestation ?) »

Par courrier du 2 décembre 2018, la CCL a informé la Dre R. \_\_\_\_\_, qu'au vu des manquements importants constatés et considérant le caractère illicite de l'encaissement de soins non effectués, elle avait notamment pris la décision d'autoriser la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS (ci-après : la Caisse ou l'intimée) à lui demander le remboursement de l'ensemble des honoraires facturés illicitement sur les dents 46 et 47 de Monsieur Q. \_\_\_\_\_.

Par décision du 17 décembre 2018, la Caisse a, conformément à la décision de la CCL, demandé à la Dre R. \_\_\_\_\_ la restitution d'un montant de 1'057 fr. 10, correspondant aux soins réalisés sur les dents 46 et 47 et facturés sur les notes d'honoraires électroniques du 11 juillet 2016 et du 18 juillet 2017.

La Dre R.\_\_\_\_\_ s'est opposée à cette décision le 4 janvier 2019, soutenant que les honoraires facturés correspondaient à des prestations et des soins médicaux effectivement fournis qui permettaient dite facturation. Elle a indiqué que les dents 46 et 47 de Monsieur Q.\_\_\_\_\_ avaient été traitées deux fois en juin 2016 et une fois en juillet 2017 et que les radiographies des 11 février 2015, 2 mai 2016, 17 mai 2017 et 19 février 2018 montraient que le patient avait perdu des composites entre les rendez-vous, ce qui nécessitait un traitement, et laissaient apparaître des volumes dentaires différents d'une fois à l'autre, qui résultaient de traitements. Elle a en particulier souligné que la radiographie du 19 février 2018 montrait que la dent 46 était cassée et avait perdu son composite et que le composite occlusal était visible sur la dent 47.

Par décision sur opposition du 1<sup>er</sup> mai 2019, la Caisse a rejeté l'opposition de la Dre R.\_\_\_\_\_ et confirmé sa décision du 17 décembre 2018, se basant sur la recommandation de la CCL du 15 mars 2019. La décision sur opposition se conclut en ces termes :

« Au vu de ce qui précède, votre opposition est **rejetée**.

Le montant de CHF 1'057.10 est à payer d'ici le 30 mai 2019 au moyen du BVR annexé.

La présente décision sur opposition peut être contestée conformément aux modalités indiquées en page 1. Un recours n'empêchera pas l'applicabilité immédiate de la décision (effet suspensif retiré, en vertu de l'article 97 LAVS, cas échéant applicable par renvoi), sauf si la décision attaquée est une décision de restitution de prestations versées à tort (effet suspensif de par la loi ; dans ce dernier cas, l'encaissement est suspendu jusqu'à droit connu) ».

**B.** Par acte du 3 juin 2019, R.\_\_\_\_\_, représentée par Me Guillaume Etier, a interjeté recours contre la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à la restitution de l'effet suspensif au recours et, sur le fond, à son annulation. Sur le fond, elle a fait valoir que la décision querellée ne faisait que suivre celle de la CCL, laquelle était erronée en tant qu'elle

retenait que les traitements facturés n'avaient pas été entrepris. La recourante a également demandé à être auditionnée.

Dans sa réponse du 11 juillet 2019, la Caisse a préavisé le rejet du recours et le maintien de la décision sur opposition attaquée, se ralliant entièrement aux déterminations du MDC du 5 juillet 2019.

Dans sa réplique du 19 août 2019, la recourante a maintenu ses conclusions. Elle a fourni des compléments de faits concernant sa formation et a évoqué un litige l'opposant à l'un de ses confrères, à propos du cas d'un patient privé.

Dupliquant le 6 septembre 2019, l'intimée a persisté dans ses conclusions.

Dans ses déterminations du 4 octobre 2019, la recourante a invité la Cour de céans à procéder, si nécessaire, à l'audition de deux témoins.

### **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 aux prestations versées en vertu de la LPC (loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI ; RS 831.30). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), 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 porte sur le remboursement, par la recourante, des frais de soins dentaires concernant le patient Q.\_\_\_\_\_.

**3.** A titre liminaire, il convient d'examiner la requête de la recourante tendant à la restitution de l'effet suspensif au recours. Selon l'intéressée, la caisse intimée aurait retiré l'effet suspensif au recours en application de l'art. 97 LAVS.

Force est de constater que la recourante fait une lecture erronée du paragraphe sur les voies de droit de la décision sur opposition du 1<sup>er</sup> mai 2019. En effet, dans la décision querellée, il est expressément mentionné que « l'effet suspensif [était] retiré, en vertu de l'article 97 LAVS [...], sauf si la décision attaquée [était] une décision de restitution de prestations versées à tort (effet suspensif de par la loi) ».

Or il est précisément question en l'espèce de la restitution de prestations complémentaires indûment perçues, de sorte que l'intimée n'a, en réalité, pas retiré l'effet suspensif au recours, ce qui est conforme à la jurisprudence fédérale (ATF ATF 130 V 407 consid. 3).

Partant, la requête tendant à la restitution de l'effet suspensif est sans objet.

**4. 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).

Selon l'art. 14 al. 7 LPC, les cantons peuvent rembourser directement au fournisseur les frais facturés qui n'ont pas encore été acquittés.

**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, du 9 janvier 2008 [en vigueur jusqu'au 31.12.2018] ; BLV 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.

Selon l'art. 17 al. 2, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> phrases RLVPC, les frais admis sont fixés dans un référentiel annexé à la convention et établi 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 [cantonale de compensation], y compris pour les médecins-dentistes non signataires de la convention.

L'art. 20 al. 1, 1<sup>re</sup> phrase RLVPC, prévoit qu'en application de l'art. 14 al. 7 LPC, la Caisse rembourse directement le fournisseur si cela est prévu dans le cadre d'une convention.

**c)** La Convention concernant les traitements dentaires entre le département et la Profession Dentaire Vaudoise du 26 mars 2007 (ci-après : la convention) a notamment la teneur suivante :

## « ARTICLE 1 : BUT

La présente convention a pour but de régler :

1. Les procédures d'estimation 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 données 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.

La conformité des prestations proposées avec les dispositions du 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 13 : RECOURS DEVANT LES TRIBUNAUX**

En cas de contestation de la décision de remboursement par le patient devant un tribunal (*administratif ou des assurances*), le MC représente le service concerné devant ledit tribunal.

5. En l'espèce, la recourante affirme que la photographie prise le 19 février 2018 prouverait de manière définitive que l'obturation en

composite précédemment posée sur la dent 46 est tombée et qu'un composite occlusal a bien été mis en place sur la dent 47.

S'agissant de la dent 46, il convient de constater, à l'instar des experts et médecins-conseils, que la photographie prise le 19 février 2018 prouve uniquement l'absence d'obturation sur cette dent. En revanche, cette photographie ne permet aucunement d'apporter la preuve qu'une obturation en composite était existante précédemment.

La recourante n'apporte aucun élément probant permettant de contester les conclusions du rapport du 29 mai 2018 de la Dre L.\_\_\_\_\_, selon lequel l'examen de la radiographie du 19 février 2018 et la photographie transmise mettent en évidence l'absence de trace de traitement radiculaire et de composite sur la dent 46, de même que l'absence d'obturation vestibulaire notamment sur cette même dent, contrairement à la facturation de la recourante du 18 juillet 2017.

S'agissant de la dent 47, la photographie prise le 19 février 2018 montre qu'une résine composite était présente occlusalement. Or, cette obturation en composite a bien été facturée comme un « composite une face » le 11 juillet 2016, puis une deuxième fois comme « composite deux faces » le 18 juillet 2017. Ainsi, la photographie prise ne justifie donc en aucun cas la réalisation du traitement de la recourante dans les règles de l'art au motif que le traitement visible et décrit par la recourante ne correspond pas à celui qui a été facturé sur la dent 47.

On relèvera au demeurant que la recourante, sous la plume de son conseil, s'est référée à une radiographie inexistante datée du 19 février 2017 et une estimation d'honoraires du 20 mars 2017, également inexistante, sensées faire douter du bien-fondé des recommandations de la CCL. Or comme le retient l'intimée, il s'agit bien de documents existants dans la plateforme MEDIDENT, que la recourante a elle-même transmis en 2018, et qui ont été frappés d'une erreur de plume, ces documents concernant manifestement l'année 2018.

Quant au rapport du Dr C.\_\_\_\_\_, expert auprès de la CCL, qui a examiné le cas uniquement sur dossier – suite au refus du patient de se rendre à son cabinet –, il convient de retenir que celui-ci est exhaustif sur les pratiques de facturation médico-dentaires. Il est par ailleurs précisé que, dans ce cadre, la recourante a pu se déterminer par écrit sur ce rapport daté du 25 septembre 2018 et qu'elle a, à cette occasion, reconnu une « erreur de facturation », pour une intervention non réalisée sur la dent 46.

Au vu de ces éléments, il convient de constater, avec l'intimée, que les obturations alléguées par la recourante ne sont visibles à aucun moment sur les photographies transmises, excepté la petite obturation occlusale sur la dent 47 susmentionnée, dont la description faite par l'intéressée est erronée, étant souligné qu'une erreur de facturation a finalement été admise par la recourante.

Au demeurant, les fiches de traitement pour les années 2016 à 2018 produites par la recourante ne permettent pas un autre constat, dites fiches ne correspondant au surplus pas exactement aux factures et à la gestion des dossiers dans l'application MEDIDENT.

Pour le surplus, toutes les allégations en lien avec d'autres patients ou l'action en responsabilité dirigée contre le Dr [...] n'ont aucun rapport avec la présente procédure.

Il s'ensuit que la Caisse intimée était fondée à demander à la recourante la restitution de la somme de de 1'057 fr. 10 correspondant aux soins réalisés sur les dents 46 et 47 et facturés sur les notes d'honoraires électroniques du 11 juillet 2016 et du 18 juillet 2017.

**6.** Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est alors

superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1). En l'occurrence, le dossier est complet et permet à la juge instructrice de statuer, de sorte qu'il n'y a pas lieu de donner suite à la réquisition de la recourante tendant à son audition, ni à celle d'éventuels témoins.

**7. a)** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision sur opposition litigieuse.

**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, dès lors que le recourant n'obtient 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 1<sup>er</sup> mai 2019 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 :

- Me Guillaume Etier (pour R. \_\_\_\_\_),
- Caisse Z. \_\_\_\_\_,
- 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 :