

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 février 2018

Composition : Mme BERBERAT, juge unique
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

V. _____, à [...], recourante, représentée par DAS Protection juridique SA,
à Etoy,

et

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

Art. 27 LPGA ; 48 LAI

E n f a i t :

A. V._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...], a déposé le 18 janvier 2017 une demande de prestations auprès de la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS (ci-après : la CCVD AVS ou l'intimée), à [...], tendant à l'octroi d'un moyen auxiliaire, soit une perruque. Elle a annexé à sa demande un document daté du 29 avril 2015, signé par le Dr X._____, spécialiste en hématologie, avec la mention « Bon pour une perruque. Durée 1 an », ainsi qu'une facture du magasin T._____ à [...] portant la date du 2 janvier 2016 pour l'achat le 10 avril 2015 d'une perruque d'un montant de 1'460 francs.

Dans un rapport médical du 9 février 2017 à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI), le Dr X._____ a précisé que sa patiente avait présenté un lymphome agressif qui avait été traité par polychimiothérapie. En raison d'une alopecie induite, l'intéressée avait porté une perruque de fin avril 2015 à environ septembre 2016.

La requête de prise en charge de l'assurée a été rejetée par décision de la CCVD AVS du 3 mars 2017, motif pris que la demande présentée était tardive au sens de l'art. 48 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20), la perruque ayant été achetée le 10 avril 2015, soit une année et neuf mois (vingt-et-un mois) avant le dépôt de la demande de prestations AVS du 18 janvier 2017.

L'assurée s'est opposée le 26 mars 2017 à cette décision, alléguant pour l'essentiel que personne ne lui avait indiqué qu'il y avait un délai pour solliciter le remboursement.

Il ressort d'un entretien téléphonique du 12 avril 2017 entre l'assurée et une gestionnaire de dossier de l'OAI les éléments suivants :

“[...]”

Divers =>l'assurée a fait opposition à notre décision du 03.03.2017 en arguant le fait qu'elle ignorait qu'il y avait un délai pour déposer une demande de prestations. Elle a pris sa perruque en avril 2015. Le fournisseur lui a transmis une demande de prestation AVS en lui demandant de retourner le dossier. Elle ne l'a pas fait. Il lui a transmis sa facture en janvier 2016, car il n'avait pas reçu le dossier en retour et lui a demandé de régler directement sa facture. Elle a laissé traîner les choses, mais elle savait qu'elle devait envoyer sa demande [de] prestation à l'AVS. Maintien du refus."

Par décision sur opposition du 2 mai 2017, la CCVD AVS a rejeté l'opposition formée par l'assurée et a confirmé sa décision du 3 mars 2017. Elle a relevé que son fournisseur de perruques avait, dans le cadre de sa facture du 2 janvier 2016, attiré son attention une nouvelle fois sur les démarches à entreprendre en vue de bénéficier des prestations AVS/AI. Elle était donc informée des faits ouvrant droit à une contribution AVS/AI et une demande de prestations pouvait être déposée beaucoup plus tôt.

B. Par acte du 2 juin 2017, V._____, désormais représentée par DAS Protection Juridique SA, recourt contre la décision sur opposition précitée et conclut, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision attaquée, l'OAI devant entrer en matière sur la demande de subventionnement et étant débouté de toutes autres, plus amples ou contraires conclusions. Elle soutient que si son fournisseur l'a rendue attentive au fait qu'elle pouvait demander ultérieurement le remboursement de sa perruque auprès de l'AI ou de son assurance privée, il n'était nulle part fait mention du délai d'un an prescrit par l'art. 48 al. 1 LAI. Elle déplore en outre que ni le formulaire de demande de moyen auxiliaire de l'AVS, ni le mémento 3.02 sur les Moyens Auxiliaires de l'AVS n'attirent l'attention d'éventuels bénéficiaires sur le délai précité. Elle estime dès lors que l'OAI n'a pas respecté son devoir de conseils. S'agissant de l'art. 48 al. 1 LAI, elle constate qu'il prête à confusion en ce sens que le *dies a quo* réside dans la « naissance du droit » et dite naissance doit être considérée, comme étant le moment où elle a payé la facture relative à l'acquisition de la perruque litigieuse, soit le 16 février 2016. Elle dépose un lot de pièces sous bordereau.

Dans sa réponse du 10 août 2017, l'OAI propose le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée.

Dans son écriture du 5 septembre 2017, la recourante renonce à se déterminer plus avant.

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 à la LAVS, sauf dérogation expresse (art. 1 al. 1 LAVS [loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances du canton où la caisse de compensation a son siège (art. 56 LPGA et 84 LAVS). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA) auprès du tribunal des assurances du canton où la caisse de compensation a son siège, s'agissant des caisses cantonales de compensation (art. 84 LAVS).

Selon l'art. 6 OMAV (ordonnance du 28 août 1978 concernant la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-vieillesse ; RS 831.135.1), la demande doit être adressée à la caisse de compensation qui est compétente pour verser la rente de vieillesse (al. 1). L'office AI examine le droit aux prestations. Si la demande est traitée selon la procédure simplifiée prévue par l'art. 51 LPGA, il adresse une communication. Si une décision doit être notifiée, cette tâche est du ressort de la caisse de compensation du canton où l'office AI a son siège (al. 2). Si la demande déposée est totalement ou partiellement rejetée ou si l'assuré n'est, pour d'autres motifs, pas d'accord avec la prestation octroyée, il appartient à la caisse de compensation cantonale compétente de rendre une décision

(Circulaire concernant la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-vieillesse, CMAV, chiffre 1019).

b) En l'espèce, il appartient à l'intimée de prononcer les décisions relatives à l'octroi de moyens auxiliaires dans le cadre de l'assurance-vieillesse, même si l'examen du droit aux prestations est de la compétence de l'OAI (art. 6 al. 2 OMAV). Toutefois, si le recours en question est bien dirigé contre la décision de l'intimée, ses conclusions le sont toutefois à l'encontre de l'OAI qui, d'une part, n'est pas partie à la procédure et, d'autre part, n'est pas l'autorité compétente, au sens de la législation applicable, pour octroyer des moyens auxiliaires dans le cadre de l'assurance-vieillesse. La confusion de la recourante est sans doute due au fait que le dossier a été instruit par l'OAI et non par l'intimée.

Dans ce contexte, le rejet du recours de l'assurée, au motif que ses conclusions ne sont pas dirigées contre l'autorité compétente, constituerait un formalisme excessif. Une telle interprétation apparaît d'ailleurs conforme à la jurisprudence selon laquelle le délai pour recourir devant l'instance cantonale est réputé observé au sens des art. 60 al. 2 et 39 al. 2 LPGA lorsqu'une partie s'adresse en temps utile non seulement à un assureur (incompétent), mais également à toute autre autorité incompétente pour connaître du recours (TF 9C_885/2009 du 1^{er} février 2010 consid. 4.1 ; KIESER, ATSG-Kommentar, 2^{ème} éd., *ad* art. 60 n° 11, p. 750).

c) Par conséquent, déposé en temps utile auprès de l'autorité compétente, et respectant les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours doit être déclaré recevable.

d) La valeur litigieuse étant inférieure à 30'000 fr., la présente cause relève de la compétence du juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD [loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]).

2. Au moment du dépôt de sa demande de prestations, le 18 janvier 2017, la recourante avait déjà atteint l'âge donnant droit à une rente AVS (art. 21 al. 1 let. b LAVS), raison pour laquelle la prise en charge d'une perruque doit être examinée au regard des seules dispositions du droit de l'AVS relatives aux moyens auxiliaires. Dans ce cadre, il n'est pas contesté que le type de prestation en cause est mentionné dans la liste des moyens auxiliaires accordés par l'AVS en vertu de l'art. 2 de l'OMAV et de l'annexe à cette ordonnance, en relation avec l'art. 43^{quater} LAVS. En définitive, est litigieuse la question de la prise en charge d'une perruque d'un montant de 1'460 fr., au motif que la demande de prestations serait tardive.

3. a) A teneur de l'art. 43^{quater} LAVS, le Conseil fédéral fixe les conditions auxquelles les bénéficiaires de rentes de vieillesse ou de prestations complémentaires qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse selon l'art. 13 LPGA et qui ont besoin d'appareils coûteux pour se déplacer, établir des contacts avec leur entourage ou assurer leur indépendance ont droit à des moyens auxiliaires (al. 1). Il détermine les cas dans lesquels les bénéficiaires de rentes de vieillesse ou de prestations complémentaires qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse ont droit à des moyens auxiliaires pour exercer une activité lucrative ou accomplir leurs travaux habituels (al. 2). Il désigne les moyens auxiliaires que l'assurance remet et ceux pour lesquels elle alloue des contributions à titre de participation aux frais; il règle la remise de ces moyens auxiliaires ainsi que la procédure et détermine quelles dispositions de la LAI sont applicables (al. 3).

b) Selon l'art. 6 al. 1 OMAV, pour la procédure, les art. 65 à 79^{bis} du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI) s'appliquent par analogie. La demande doit être adressée à la caisse de compensation qui est compétente pour verser la rente de vieillesse.

Ainsi, celui qui veut exercer son droit aux prestations de l'assurance doit présenter sa demande sur formule officielle (art. 65 al. 1 RAI). Les prestations d'assurance sociale sont en principe servies à la

demande de l'ayant droit : celui qui ne s'annonce pas à l'assurance n'obtient pas de prestations, même si le droit à celles-ci découle directement de la loi (ATF 101 V 261 consid. 2).

Enfin, selon le chiffre 1008 de la Circulaire concernant la remise des moyens auxiliaires par l'assurance-vieillesse (CMAV), valable dès le 1^{er} janvier 2013, pour autant que la présente circulaire ne prévoie pas de dérogation, les dispositions de l'assurance-invalidité concernant la procédure et la remise des moyens auxiliaires s'appliquent par analogie.

c) Le nouvel art. 48 LAI entré en vigueur le 1^{er} janvier 2012 (6^{ème} révision AI, premier volet) rétablit le droit au versement d'arriérés pour l'allocation pour impotent, les mesures médicales et les moyens auxiliaires, tel qu'il s'appliquait avant la 5^{ème} révision. Selon l'alinéa 1 de cette disposition, si un assuré ayant droit à une allocation pour impotent, à des mesures médicales ou à des moyens auxiliaires présente sa demande plus de douze mois après la naissance de ce droit, la prestation, en dérogation à l'art. 24 al. 1 LPGA, n'est allouée que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande.

L'art. 48 LAI institue un délai de péremption qui par conséquent ne saurait être ni interrompu ni suspendu (ATF 102 V 112 consid. 1a et les références citées). L'inobservation du délai n'expose pas l'assuré à la perte de ses droits, mais ils ne lui sont reconnus que pour les douze mois précédant la date du dépôt de la demande (Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI) - Commentaire thématique, 2011, n°3233). Le Tribunal fédéral des assurances a notamment estimé qu'en déposant sa demande le 21 novembre 2003, une assurée avait tardivement sollicité la prise en charge des interventions chirurgicales effectuées en novembre 2000, janvier 2001 et février 2002, de sorte qu'elle n'avait pas droit à leur remboursement (TFA I 81/06 du 8 juin 2006).

d) En l'occurrence, l'intimée a refusé la prise en charge d'une perruque, au motif notamment que la demande de prestations serait tardive.

Il n'est pas contestable, au vu des éléments versés au dossier, qu'un cancer a été diagnostiqué chez la recourante traité par polychimiothérapie, nécessitant l'utilisation d'une perruque. Il apparaît également que c'est à compter du 10 avril 2015 que la recourante a bénéficié du moyen précité et dont elle sollicite la prise en charge. Etant donné que la recourante a, en raison de son atteinte à la santé, manifestement nécessité le recours à une perruque dès 2015 (cf. rapport médical du 2 mars 2017 du Dr X. _____), il convient de déterminer si une demande de moyens auxiliaires a été déposée cette année-là ou postérieurement. Force est de constater qu'en l'espèce, le droit à la prise en charge d'un moyen auxiliaire n'est en principe ouvert qu'à compter du 18 janvier 2016, soit pour les douze mois précédant la demande. Il convient par conséquent de retenir que la demande concernant la prise en charge d'une perruque, dont la recourante bénéficie depuis le 10 avril 2015, est tardive.

Contrairement à l'opinion de la recourante, l'acquisition de la perruque le 16 février 2016 (paiement de la facture) ne constitue pas la date de référence pour arrêter le moment du début de son droit à un moyen auxiliaire. En effet, le droit à un moyen auxiliaire est né au moment de la délivrance de la perruque, soit le 10 avril 2015, élément dont le fournisseur de prestations a précisément fait état, déplorant que l'intéressée ne lui ait pas retourné le dossier remis et les documents y relatifs (probablement le bon pour une perruque signé le 29 avril 2015 par le Dr X. _____), ce qui lui aurait permis de facturer la prestation directement à l'OAI au lieu de solliciter la recourante personnellement. Le but d'un tel délai est de dispenser l'administration de procéder à l'examen de faits déterminants lorsqu'ils datent d'années en arrière et qu'ils ne peuvent quasiment plus conduire à des constatations sûres (VALTERIO, *op. cit.*, n°3231 ; ATF 129 V 211 consid. 4.2.1 p. 219 et les références).

4. La recourante soutient n'avoir pas eu connaissance du délai d'un an prescrit par l'art. 48 al. 1 LAI dont il n'est fait mention nulle part, admettant toutefois que son fournisseur l'avait rendue attentive au fait qu'elle pouvait demander ultérieurement le remboursement de sa perruque auprès de l'assurance-invalidité ou de son assurance privée.

a) A teneur de l'art. 48 al. 2 LAI, les prestations arriérées sont allouées à l'assuré pour des périodes plus longues aux conditions suivantes : l'assuré ne pouvait pas connaître les faits ayant établi son droit aux prestations (let. a) ; il a fait valoir son droit dans un délai de douze mois à compter de la date à laquelle il a eu connaissance de ces faits (let. b).

Selon la jurisprudence rendue à propos de l'ancien art. 48 al. 2 LAI, il s'agit des cas où le retard dans la demande de prestations est dû au fait que l'assuré ne savait pas et ne pouvait pas savoir qu'il était atteint, en raison d'une atteinte à la santé physique ou psychique, d'une diminution de la capacité de gain dans une mesure propre à lui ouvrir le droit à des prestations (ATF 102 V 112 consid. 2a; RCC 1984 consid. 1 et les références; TF 9C_166/2009 du 22 avril 2009 consid. 3.2). Cette disposition ne concerne en revanche pas les cas où l'assuré connaissait ces faits mais ignorait qu'ils donnent droit à une prestation (ATF 102 V 112 consid. 1a). Autrement dit, les « faits ouvrant droit à des prestations (que) l'assuré ne pouvait pas connaître », au sens de l'art. 48 al. 2 seconde phrase aLAI, ou ceux donnant droit à des prestations, au sens de l'art. 48 al. 2 seconde phrase LAI, sont ceux qui n'étaient objectivement pas reconnaissables, mais non ceux dont l'assuré ne pouvait subjectivement pas saisir la portée (ATF 139 V 289 consid. 4.2; TF 9C_583/2010 du 22 septembre 2011 consid. 4.1 et les références citées;).

Une restitution de délai doit également être accordée si l'assuré a été incapable d'agir pour cause de force majeure - par exemple en raison d'une maladie psychique entraînant une incapacité de discernement (ATF 108 V 226 consid. 4) - et qu'il présente une demande de prestations dans un délai raisonnable après la cessation de

l'empêchement. Il faut encore qu'il s'agisse d'une impossibilité objective, s'étendant sur la période au cours de laquelle l'assuré se serait vraisemblablement annoncé à l'assurance-invalidité s'il l'avait pu, et non d'une difficulté ou d'un motif subjectif, comme celui d'ignorer son droit ou de mal concevoir ses intérêts (TF 9C_583/2010 du 22 septembre 2011 consid. 4.1 et les références citées).

b) Le juge des assurances sociales 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. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré et le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a ; TFA I 339/03 du 19 novembre 2003 consid. 2).

c) En l'occurrence, il n'existe en l'espèce aucun indice donnant à penser que la recourante aurait été empêchée, pour des raisons objectives, de présenter une demande en temps utile. Au demeurant, la recourante ne le fait pas valoir. Le fait qu'elle n'ait été informée qu'en février 2016 du coût de la perruque délivrée le 10 avril 2015 n'est pas pertinent, puisque la connaissance du prix d'acquisition d'un moyen auxiliaire n'est pas un fait déterminant pour obtenir la restitution du délai au sens de l'art. 48 al. 2 LAI.

5. La recourante estime dans un dernier moyen que l'OAI n'a pas respecté son devoir de conseils et de renseignements. Il convient dès lors d'examiner la question d'une violation éventuelle de l'obligation

d'informer incombant aux organes compétents pour déterminer si l'assurée doit être protégée dans sa bonne foi vis-à-vis de l'administration.

a) L'art. 27 LPGA – disposition étroitement liée au principe constitutionnel d'après lequel les organes de l'Etat et les particuliers doivent agir conformément au principe de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]) – prévoit que les assureurs et les organes d'exécution des diverses assurances sociales sont tenus, dans les limites de leur domaine de compétence, de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations (al. 1). Par ailleurs, chacun a le droit d'être conseillé, en principe gratuitement, sur ses droits et obligations ; sont compétents pour cela les assureurs à l'égard desquels les intéressés doivent faire valoir leurs droits ou remplir leurs obligations (al. 2).

Tandis que l'al. 1 de cette disposition pose une obligation générale et permanente de renseigner, indépendante de la formulation d'une demande par les personnes intéressées – obligation de renseigner qui sera satisfaite par le biais de brochures, fiches, instructions, etc. –, l'al. 2 prévoit un droit individuel d'être conseillé par les assureurs compétents. Le devoir de conseil de l'assureur social au sens de l'art. 27 al. 2 LPGA comprend l'obligation d'attirer l'attention de la personne intéressée sur le fait que son comportement pourrait mettre en péril la réalisation de l'une des conditions du droit aux prestations. Les conseils ou renseignements portent sur les faits que la personne qui a besoin de conseils doit savoir pour pouvoir correctement user de ses droits et obligations dans une situation concrète face à l'assureur. Le devoir de conseil s'étend non seulement aux circonstances de fait déterminantes, mais également aux circonstances de nature juridique ; son contenu dépend de la situation concrète dans laquelle se trouve l'assuré, telle qu'elle est reconnaissable pour l'administration (ATF 131 V 472 consid. 4 ; TF 9C_865/2010 du 8 juin 2011 consid. 5.2).

b) L'obligation spécifique de renseigner implique des renseignements et conseils spécialisés devant permettre aux personnes

intéressées d'obtenir les prestations les plus avantageuses possibles, compte tenu de leur situation personnelle et des éventuels changements de circonstances (TFA C 44/05 du 19 mai 2006 consid. 3). L'étendue du devoir de renseigner et de conseiller dépend de la situation individuelle dans laquelle se trouve l'assuré, telle qu'elle est reconnaissable pour l'administration (TF 8C_1041/2008 du 12 novembre 2009 consid. 6.2). Le devoir de conseil de l'assureur social comprend également l'obligation d'attirer l'attention de la personne intéressée sur le fait que son comportement pourrait mettre en péril la réalisation de l'une des conditions du droit aux prestations (ATF 131 V 472 consid. 4).

L'art. 27 LPGA n'exige pas que l'administration donne des réponses à toutes les questions théoriques possibles, ce afin de ne pas submerger les assurés d'informations éventuellement inutiles (TF 8C_899/2009 du 22 avril 2010 consid. 4.2). Par ailleurs, les assurés doivent eux-mêmes solliciter les renseignements utiles lorsqu'ils peuvent raisonnablement penser qu'ils sont susceptibles de mettre leurs droits en péril (TF 8C_66/2012 du 14 août 2012 consid. 3). Aucun devoir de renseigner ou de conseiller n'incombe à l'institution d'assurance tant qu'elle ne peut pas, en prêtant l'attention usuelle, reconnaître que la personne assurée compromet son droit aux prestations.

c) Le défaut de renseignement dans une situation où une obligation de renseigner est prévue par la loi, ou lorsque les circonstances concrètes du cas particulier auraient commandé une information de l'assureur, est assimilé à une déclaration erronée qui peut, sous certaines conditions, obliger l'autorité à consentir à un administré un avantage auquel il n'aurait pu prétendre, en vertu du principe de la protection de la bonne foi découlant de l'art. 9 Cst. (ATF 131 V 472 consid. 5).

D'après la jurisprudence, un renseignement ou une décision erronés de l'administration peuvent obliger celle-ci à consentir à un administré un avantage contraire à la réglementation en vigueur, à condition que (a) l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées, (b) qu'elle ait agi ou soit censée avoir

agi dans les limites de ses compétences et (c) que l'administré n'ait pas pu se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu. Il faut encore qu'il se soit fondé sur les assurances ou le comportement dont il se prévaut pour (d) prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice, et (e) que la réglementation n'ait pas changé depuis le moment où l'assurance a été donnée (ATF 131 II 627 consid. 6.1 et les références citées).

Ces principes s'appliquent par analogie au défaut de renseignement, la condition (c) devant toutefois être formulée de la façon suivante, à savoir que l'administré n'ait pas eu connaissance du contenu du renseignement omis ou que ce contenu était tellement évident qu'il n'avait pas à s'attendre à une autre information (ATF 131 V 472 consid. 5 ; TF 8C_320/2010 du 14 décembre 2010 consid. 5.2 ; 8C_66/2009 du 7 septembre 2009 consid. 8.4, non publié *in* : ATF 135 V 339).

d) En l'espèce, la recourante ne saurait se prévaloir de l'ignorance de l'art. 48 LAI, dès lors qu'il s'agit d'une disposition légale dûment adoptée et publiée, en vigueur dès le 1^{er} janvier 2012 (RO 2011 5659 ; FF 2010 1647). Le devoir de conseil de l'assureur social au sens de l'art. 27 al. 2 LPGA n'implique pas que celui-ci donne à titre préventif des informations dont on peut admettre qu'elles sont connues de manière générale. Par ailleurs, la Cour de céans constate que le magasin T. _____ a remis à la recourante un dossier qu'elle devait remplir et lui retourner pour une facturation directe à l'OAI. Si la recourante n'entendait pas transmettre dans l'immédiat le dossier en question, son devoir de diligence lui imposait de se renseigner auprès des autorités compétentes afin d'obtenir des renseignements quant à l'existence ou non d'un délai pour la remise d'une demande de prise en charge. Elle ne peut dès lors plaider l'ignorance, respectivement l'absence de renseignements, mais doit se voir imputer un défaut de vigilance et de diligence pour n'avoir déposé sa demande de prise en charge que vingt-et-un mois plus tard. En tout état de cause, elle n'allègue ni ne démontre que l'OAI lui aurait donné antérieurement des assurances la légitimant à déposer sa demande au-delà du délai d'un an.

e) Par conséquent, les conditions auxquelles la recourante peut se prévaloir d'une violation du devoir de renseignements ou de conseils de l'assureur social ne sont en l'espèce pas réalisées.

6. Il résulte de ce qui précède que c'est à juste titre que l'intimée a refusé la prise en charge d'une perruque remise à la recourante en avril 2015.

a) Par conséquent, le recours, entièrement mal fondé, doit donc être rejeté et la décision sur opposition 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, dès lors que la recourante n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD).

**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 mai 2017 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 :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- DAS Protection juridique SA (pour V. _____),
- Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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 :