

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 décembre 2019

Composition : Mme BERBERAT, juge unique
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

M. _____, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat
à Lausanne,

et

I. _____, à [...], intimée.

Art. 32 LAMal ; 65 OAMal ; 32 ss OPAS ; 27 LPGA

E n f a i t :

A. a) M. _____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1981, au bénéfice d'une curatelle de portée générale assumée par l'Office des curatelles et tutelles professionnelles (OCTP), a été affiliée à I. _____ (ci-après : I. _____ ou l'intimée) du 1^{er} janvier au 31 décembre 2015 au titre de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie, avec une franchise de 300 francs.

L'assurée a signé le 5 janvier 2015 une cession de créances auprès d'[...] société coopérative en faveur de la Pharmacie X. _____, laquelle a été transmise à I. _____ le 4 février 2015.

Par courrier du 25 mars 2015, I. _____ s'est adressée à V. _____ SA (Centre L. _____) concernant la prescription le 22 janvier 2015 du médicament « Xanax 2mg » pour un montant de 75 fr. 35 afin d'en connaître l'indication médicale. Un courrier a été envoyé à l'OCTP le même jour expliquant que le règlement du cas serait retardé, dès lors qu'elle avait sollicité certains renseignements complémentaires.

Par courrier du 22 avril 2015, la Dre K. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et la psychologue D. _____ du Centre L. _____, ont précisé ceci :

« Nous avons poursuivi la prescription précédente, sans la modifier, la patiente étant borderline et dépendante de ce traitement. Nous vous informons que Mme M. _____ ne se présentant actuellement plus à notre Centre, nous avons donc arrêté de lui prescrire ce traitement ».

Il ressort d'un procès-verbal d'entretien téléphonique du 6 mai 2015 entre l'assurée et I. _____ que « (...) elle prend du Perenterol en grande quantité c'est du (sic) à son Bypass gastrique elle a eu des complications ».

Par courrier du 27 mai 2015, I._____ s'est adressée au Dr C._____, médecin traitant de l'assurée, concernant la prescription le 12 mai 2014 [recte : 2015] du médicament « Perenterol » afin d'en connaître l'indication médicale, ainsi que la posologie journalière.

Le 29 mai 2015, le Dr C._____ a indiqué à I._____ que le Perenterol était prescrit en raison de diarrhées chroniques dans le contexte d'un bypass gastrique et de l'utilisation régulière d'antibiotiques en raison de sinusites. Il a précisé que sa patiente en utilisait beaucoup plus que ce qui était prescrit et en continuité.

Par courrier du 3 juin 2015, I._____ s'est adressée à V._____ SA (Centre L._____) concernant la prescription le 20 avril 2015 du médicament « Xanax 2mg » afin d'en connaître l'indication médicale.

Par courrier du 14 juillet 2015, la Dre K._____ a indiqué ce qui suit :

« Mme M._____ a eu exceptionnellement une prescription de Xanax, renouvelable trois mois le 21 janvier 2015 afin de limiter ses angoisses. Il est prévu que la patiente ne reçoive plus de traitement de notre part étant donné qu'elle ne se présente plus à ses rendez-vous ».

Constatant qu'une cession de créance avait été signée entre la Pharmacie X._____ et l'intéressée, l'OCTP a, par courrier du 17 août 2015, informé I._____ que compte tenu du mandat en vigueur auprès de leur Office, il convenait de ne plus accepter le système du tiers soldant. I._____ était invitée à lui fournir les décomptes de prestations concernant les factures.

Répondant le 14 septembre 2015 au courrier précité, I._____ a indiqué à l'OCTP qu'elle avait commis une erreur. La facture de la Pharmacie X._____ de 2'270 fr. 80 correspondant à des achats entre le 4 et le 13 mai 2015 devait directement être payée par I._____ au

fournisseur de soins. Dès lors, le décompte de prestations du 3 juillet 2015 était erroné.

Le 20 octobre 2015, l'OCTP a transmis à I._____ une facture du 3 août 2015 de la Pharmacie X._____ pour la période allant du 2 au 31 juillet 2015 d'un montant de 10'595 fr. 70 comportant notamment 900 boîtes de Perenterol (caps 250 mg 10 pce), soit 9'000 comprimés totalisant un montant de 9'540 francs. Ce montant a été payé à la Pharmacie X._____ par l'OCTP le 10 septembre 2015.

Le 29 octobre 2015, l'OCTP a transmis à I._____ une facture du 1^{er} juillet 2015 de la Pharmacie X._____ pour la période allant du 6 au 29 juin 2015 d'un montant de 7'598 fr. 75 comportant notamment 600 boîtes de Perenterol (caps 250 mg 10 pce), soit 6'000 comprimés totalisant un montant de 6'360 francs. Ce montant a été payé à la Pharmacie X._____ par l'OCTP le 27 août 2015.

Le 29 octobre 2015, l'OCTP a transmis à I._____ une facture du 8 septembre 2015 de la Pharmacie X._____ pour la période allant du 27 juillet au 31 août 2015 d'un montant de 9'876 fr. 20 comportant notamment 800 boîtes de Perenterol (caps 250 mg 10 pce), soit 8'000 comprimés totalisant un montant de 8'480 francs.

Le 29 octobre 2015, l'OCTP a transmis à I._____ deux factures du 1^{er} octobre 2015 de la Pharmacie X._____, la première pour la période allant du 3 au 7 septembre 2015 d'un montant de 2'255 fr. 45 comportant notamment 200 boîtes de Perenterol (caps 250 mg 10 pce), soit 2'000 comprimés totalisant un montant de 2'120 fr. et la seconde pour la période allant du 8 au 28 septembre 2015 d'un montant de 7'246 fr. comportant notamment 600 boîtes de Perenterol (caps 250 mg 10 pce), soit 6'000 comprimés totalisant un montant de 6'360 francs.

Le 6 novembre 2015, l'OCTP a transmis à I._____ une facture du 2 novembre 2015 de la Pharmacie X._____ pour la période allant du 1^{er} au 31 octobre 2015 d'un montant de 11'302 fr. 35 comportant 1'000

boîtes de Perenterol (caps 250 mg 10 pce), soit 10'000 comprimés totalisant un montant de 10'600 francs.

Le 19 novembre 2015, I._____ a informé l'OCTP que le dossier de l'intéressée nécessitait des investigations complémentaires et que l'indemnisation des frais pharmaceutiques serait retardée.

Invité le 19 novembre 2015 par I._____ à préciser la posologie du médicament Perenterol et la raison médicale ayant conduit à la délivrance de 10'000 comprimés de cette spécialité pour le seul mois d'octobre 2015, le Dr C._____ a confirmé une posologie à raison de 1 à 2 comprimés par jour. Quant aux raisons médicales justifiant la délivrance de 10'000 comprimés, le Dr C._____ a mentionné que « la patiente dit pouvoir prévenir les diarrhées après bypass en en prenant >10 cp/j (avec Imodium®) et s'arrange direct avec [le] pharmacien ».

Il ressort d'un procès-verbal d'entretien téléphonique du 27 novembre 2015 entre I._____ et l'OCTP relative à une demande de renseignements de l'office précité concernant l'état de remboursement des factures de 10'595 fr. 70 et 11'302 fr. 35, ce qui suit :

« Je lui explique que ces factures sont actuellement bloquées dans le dossier de la PA car une demande de renseignements médicaux est en cours concernant le médicament Perenterol. Elle me dit qu'elle ne comprend pas car elle a appelé la semaine passée et nous lui avons répondu que nous avons un RM [rapport médical] du médecin attestant la prise de ce médicament et que nous lui aurions dit que le remboursement partirait cette semaine. Je lui explique que sur le plan de l'indication médicale nous avons effectivement un RM du Dr C._____ mais que c'est sur la quantité prise (1000 boîtes en un mois) et sur la justification de la posologie de ce médicament. Elle me dit que maintenant elle comprend mais que nous aurions pu être correct avec eux dès le départ en expliquant la situation dès le départ plutôt que de dire que c'était en ordre et qu'ils attendent le remboursement. De plus, au vu des montants, ils ont réintroduit la cession sur leur accord au 10.11.2015. Je lui explique que normalement nous n'acceptons pas les cessions de créances du moment que l'assuré a déjà cédé son droit à une institution. Elle va voir avec ses responsables pour nous faire parvenir un courrier et éviter la situation actuelle ».

Il ressort d'un procès-verbal d'entretien téléphonique du 4 décembre 2015 entre I._____ et M. S._____ de la Pharmacie X._____

que ce dernier souhaitait des nouvelles concernant le remboursement de ses factures, étant précisé que celle de juillet de 10'595 fr. 70 lui avait été payée par l'OCTP. S'agissant de la quantité de Perenterol, il a expliqué qu'il avait appelé à trois reprises le médecin pour l'informer. Il est en outre mentionné sur le procès-verbal précité ceci :

« La quantité est énorme mais d'entente avec le médecin, au vu de l'état de la patiente, c'est la meilleure solution ou en tout cas la moins mauvaise. C'est un ttt [traitement] qui n'est pas toxique, ni dangereux, ont préféré lui donner du "Perenterol" plutôt que du "Xanax". Me confirme qu'il a délivré environ 1'000 boîtes par mois, soit 30 en moyenne par jour. Cette situation n'est pas choquante quand on connaît la patiente. Le ttt avec ce médicament a été stoppé, dernière délivrance le 31.10.2015 ».

Trois entretiens téléphoniques ont eu lieu les 11 décembre 2015 entre l'OCTP et I._____, (procès-verbal du 11 décembre 2015), 14 décembre 2015 entre le Dr R._____, médecin-conseil d'I._____, et le Dr C._____ (procès-verbal du 16 décembre 2015) et 1^{er} février 2016 entre le médecin-conseil d'I._____ et la Pharmacie X._____ (procès-verbal du 3 février 2016).

Invité le 21 janvier 2016 par I._____ à préciser l'indication médicale ayant conduit à la délivrance du médicament Xanax 2mg en date du 4 mai 2015, le Dr C._____ a indiqué le 27 janvier 2016 que c'était en raison d'un trouble anxieux sur personnalité borderline sévère et que le traitement était adapté au Centre de psychiatrie L._____.

Par courrier du 29 janvier 2016, l'OCTP a mis en demeure I._____ de lui communiquer une décision au sens des art. 49 ss LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) concernant les factures des 1^{er} juillet 2015 (d'un montant de 7'598 fr. 75), 3 août 2015 (d'un montant de 10'595 fr. 70) et 2 novembre 2015 (d'un montant de 11'302 fr. 35).

Par décision du 22 février 2016, I._____ a refusé de prendre en charge 2'500 boîtes de 10 pièces de Perenterol capsules de 250 mg délivrées en juin, juillet et octobre 2015, soit un total de 26'500 fr., étant précisé qu'elle prenait en charge les autres spécialités délivrées par la

Pharmacie X. _____ et objets des factures des 1^{er} juillet, 3 août et 2 novembre 2015. Par ailleurs, la facturation régulière du semainier par 21 fr. 60 a été considérée comme inédite dans un contexte où des milliers de capsules ont été délivrées à l'assurée chaque semaine. I. _____ a enfin rappelé la teneur de l'art. 7 ch. 1 de l'Annexe 1 de la Convention tarifaire RBP IV (version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2015) portant le titre « Semainier (20PT) » et stipulant que « sur prescription du médecin, cette position tarifaire pour assistance par un système de semainier peut être facturée au maximum une fois par semaine par patient qui prend au minimum trois différentes spécialités dans la même semaine ».

Il ressort d'un décompte de prestations « tiers garant » établi le 2 mars 2016 qu'I. _____ a traité les factures précitées de la manière suivante :

- *facture du 1^{er} juillet 2015* : montant facturé : 7'598 fr. 75/montant non reconnu : 6'518 fr. 90/ montant reconnu : **1'079 fr. 85.**
- *facture du 3 août 2015* : montant facturé : 10'595 fr. 70/montant non reconnu : 9'791 fr. 50/ montant reconnu : **804 fr. 20.**
- *facture du 2 novembre 2015* : montant facturé : 11'302 fr. 35/montant non reconnu : 10'723 fr. 25/ montant reconnu : **579 fr. 10.**

Sur la somme totale des factures litigieuses, un montant de 2'463 fr. 15 a ainsi été pris en charge, représentant notamment la part des autres médicaments délivrés par la Pharmacie X. _____ pour la période concernée.

Le 18 mars 2016, l'assurée représentée par l'OCTP s'est opposée à la décision du 22 février 2016, respectivement au refus de la prise en charge par I. _____ du médicament Perenterol. Elle a d'abord fait état du principe de la protection de la bonne foi au sens de l'art. 9 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS

101). Ainsi, si dans un courrier du 27 mai 2015, I._____ a demandé au Dr C._____ de se déterminer quant à l'indication médicale du Perenterol, aucune des correspondances d'I._____ jusqu'à celle du 19 novembre 2015 encore adressée au médecin, ne lui a attiré l'attention ou ne l'a informée des conséquences de son comportement sur le remboursement des prestations concernées. Par ailleurs, elle a constaté qu'I._____ n'avait pas respecté son devoir d'information au sens de l'art. 27 LPGA, en ce sens qu'il lui incombait de l'informer que sa consommation de Perenterol pouvait être considérée comme excessive et qu'une prise en charge pouvait être remise en question selon l'art. 56 LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10). En cas de problème, une communication au sens de l'art. 27 LPGA aurait mis fin à sa consommation médicamenteuse. Elle a en outre relevé qu'I._____ refusait cette prise en charge tout en acceptant le remboursement de ce médicament acheté antérieurement et postérieurement aux achats litigieux, soit 16'000 capsules (16X100 boîtes de 10 capsules) achetées entre le 27 juillet et le 24 septembre 2015.

Par décision sur opposition du 12 mai 2016, I._____ a confirmé sa décision du 22 février 2016 en ce qui concerne la spécialité Perenterol et les semainiers. Si elle a admis ne pas avoir informé clairement son assurée sur la prise en charge exacte de la spécialité Perenterol, les fournisseurs de soins ont largement failli à leur devoir d'information et, pour le pharmacien, à son devoir de conseil. Elle ne pouvait dès lors envisager, en sus des boîtes de Perenterol largement indemnisées, d'allouer ses prestations pour les factures litigieuses émises les 1^{er} juillet, 3 août et 2 novembre 2015. Elle a précisé que l'assurée ne pouvait pas être protégée dans sa bonne foi pour les achats litigieux puisque ceux-ci avaient déjà eu lieu au moment où elle a indemnisé certaines factures de Perenterol, notamment par le décompte de prestations du 13 novembre 2015. En outre, la quantité très importante de comprimés Perenterol délivrée ne remplissait pas le critère d'économicité, ni ceux d'adéquation et d'efficacité. I._____ a en outre constaté que le traitement à base de ce médicament avait été arrêté le 31 octobre 2015. L'assurée a ainsi disposé du 1^{er} janvier au 31 octobre 2015 de 206

comprimés par jour ce qui correspond à 62'630 comprimés. I._____ a précisé avoir pris en charge 37'630 comprimés soit 123 comprimés par jour. Elle a estimé qu'il était impossible sur le plan humain que l'intéressée ait consommé les comprimés délivrés et qu'il serait intéressant de connaître le sort de ces comprimés.

B. Agissant par l'entremise de l'OCTP, M._____ recourt le 10 juin 2016 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition du 12 mai 2016 et conclut à son annulation et à la reconnaissance de son droit au remboursement par I._____ des prestations de soins restées litigieuses. Si en mai 2015 et en novembre 2015, l'intimée a bien entrepris certaines démarches pour se renseigner quant à sa consommation médicamenteuse, ces démarches ne lui ont toutefois pas été communiquées ni à sa curatrice. Elle rappelle qu'aucune correspondance jusqu'à celle du 19 novembre 2015 adressée au Dr C._____ n'attire son attention ou ne l'informe sur les conséquences de la consommation du médicament en question. L'OCTP estime que par rapport à un comportement déviant d'une personne probablement incapable de discernement, l'assurée et sa curatrice auraient dû être mises au courant rapidement des difficultés auxquelles l'intéressée s'exposait des suites de son comportement. Dès lors, l'absence d'information l'a confortée à se rendre de bonne foi et régulièrement à la pharmacie pour prendre des médicaments prescrits par son médecin traitant, d'autant plus que des factures pour le même médicament ont été prises en charge au préalable par I._____. L'OCTP requiert l'obtention d'un renseignement écrit de la part du Dr C._____ lui demandant de se déterminer quant à la capacité de discernement de sa patiente.

Dans sa réponse du 14 juillet 2016, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision sur opposition.

Dans sa réplique du 28 juin 2017, la recourante désormais représentée par Me Jean-Michel Duc, a indiqué que les factures par 7'598 fr. 75 et 10'595 fr. 70 avaient déjà été payées à la Pharmacie X._____

par l'OCTP, raison pour laquelle elle en sollicitait le remboursement par I._____. S'agissant de la facture du 2 novembre 2015 de 11'302 fr. 35, elle ne s'en était pas acquittée, seul un montant de 703 fr. 35 ayant été payé directement par I._____ à la Pharmacie X._____. Elle requiert l'audition du pharmacien S._____ et la mise en œuvre de débats publics afin de permettre, le cas échéant, une solution transactionnelle avec le pharmacien et I._____. Elle rappelle qu'I._____ était parfaitement renseignée sur le mandat confié à l'OCTP. Lors de la découverte de la problématique du Perenterol en mai 2015, I._____ aurait dû informer l'OCTP que les factures de pharmacie concernant l'assurée posaient problème et pouvaient ne pas être prises en charge par I._____, laquelle aurait dû traiter la problématique sans retard, ce qu'elle n'a pas fait. Si l'OCTP avait été informé en temps utile du problème, soit en juin 2015, il aurait cessé le paiement des factures de la Pharmacie X._____, soit en particulier celles des 1^{er} juillet et 3 août 2015 déjà remboursées. Elle conclut à l'annulation de la décision sur opposition litigieuse et au versement de la somme de 16'310 fr. 40 et intérêts. Elle dépose un lot de pièces.

Dans sa duplique du 18 août 2017, l'intimée requiert l'audition du Dr C._____ et du pharmacien S._____. Elle dépose un lot de pièces.

Dans ses écritures des 4 et 7 septembre 2017, la recourante requiert également l'audition du Dr C._____ et du pharmacien S._____, ainsi que l'octroi de l'assistance judiciaire.

Le 9 octobre 2017, I._____ a pris acte du dépôt d'une plainte pénale de l'OCTP à l'encontre du pharmacien.

Par décision du 31 octobre 2017, la juge instructrice a accordé à M._____ le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 4 septembre 2017, l'intéressée étant exonérée du paiement d'avances ainsi que de toute franchise mensuelle. Un conseil d'office en la personne de Me Jean-Michel Duc lui a été désigné.

Par courrier du 15 avril 2019, la juge instructrice a prié l'intimée de lui transmettre un tableau récapitulatif du nombre de semainiers délivrés à la recourante du 1^{er} janvier au 31 octobre 2015, étant précisé que seul un tableau récapitulatif pour la délivrance de Perenterol avait été produit (cf. pièce 50).

Par courrier du 1^{er} mai 2019, l'intimée a fourni les renseignements demandés.

Par courrier du 11 juillet 2019, la juge instructrice a informé les parties que par appréciation anticipée des éléments de preuve, il pouvait être renoncé à l'ensemble des réquisitions de preuves des parties, y compris l'audition de témoins. La recourante par son conseil était invitée à confirmer sa requête tendant à la tenue d'une audience de débats publics.

Le 23 août 2019, Me Duc a indiqué qu'il renonçait à la requête de débats publics et a produit sa liste des opérations.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-maladie, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAMal). 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 compétent (art. 56 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) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

c) Au vu de la valeur litigieuse du cas d'espèce, inférieure à 30'000 fr., un membre de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétent pour statuer en qualité de juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte uniquement sur les montants non remboursés à la recourante par l'intimée concernant le médicament Perenterol et les semainiers délivrés du 6 au 29 juin 2015 (facture du 1^{er} juillet 2015) et du 2 au 31 juillet 2015 (facture du 3 août 2015) par la Pharmacie X._____, laquelle n'est pas partie à la présente procédure. Il est précisé que l'intimée a pris en charge les autres spécialités (cf. décision du 22 février 2016) et que la recourante, ne s'étant pas acquittée de la facture du 2 novembre 2015 de 11'302 fr. 35 auprès de la Pharmacie X._____, n'en exige plus le remboursement (cf. conclusions de la réplique du 28 juin 2017). Finalement, l'intimée a renoncé à demander le remboursement des prestations d'assurance déjà versées, soit pour les factures des 8 septembre 2015 (montant de 9'876 fr. 20), 1^{er} octobre 2015 (montant de 2'255 fr. 45) et 1^{er} octobre 2015 (montant de 7'246 francs).

3. a) Au sens de l'art. 24 LAMal, l'assurance obligatoire des soins (ci-après : AOS) prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31 LAMal, en tenant compte des conditions des art. 32 à 34 LAMal.

Selon l'art. 25 LAMal, l'AOS prend en charge les coûts des prestations servant à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (al. 1). Ces prestations comprennent notamment les médicaments prescrits par un médecin (al. 2 let. b).

Aux termes de l'art. 32 LAMal, les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 LAMal doivent être efficaces, appropriées et économiques ; l'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques. Une prestation est efficace lorsqu'on peut objectivement en attendre le résultat thérapeutique visé par le traitement de la maladie, à savoir la suppression la plus complète possible de l'atteinte à la santé somatique ou psychique (ATF 128 V 159 consid. 5c/aa ; RAMA 2000 n° KV 132 p. 281

consid. 2b). La question de son caractère approprié s'apprécie en fonction du bénéfice diagnostique ou thérapeutique de l'application dans le cas particulier, en tenant compte des risques qui y sont liés au regard du but thérapeutique (ATF 127 V 138 consid. 5). Le caractère approprié relève en principe de critères médicaux et se confond avec la question de l'indication médicale : lorsque l'indication médicale est clairement établie, le caractère approprié de la prestation l'est également (ATF 125 V 95 consid. 4a ; RAMA 2000 n° KV 132 p. 282 consid. 2c). Le critère de l'économicité concerne le rapport entre les coûts et le bénéfice de la mesure, lorsque dans le cas concret différentes formes et/ou méthodes de traitement efficaces et appropriées entrent en ligne de compte pour combattre une maladie (ATF 127 V 138 consid. 5 ; RAMA 2004 n° KV 272 p. 111 consid. 3.1.2).

b) En vertu de l'art. 52 al. 1 let. b LAMal, l'office, après avoir consulté les commissions compétentes et conformément aux principes des art. 32 al. 1 et 43 al. 6 LAMal, établit une liste, avec des prix, des préparations pharmaceutiques et des médicaments confectionnés (liste des spécialités) ; celle-ci doit également comprendre les génériques meilleur marché qui sont interchangeable avec les préparations originales. Aux termes de l'art. 73 OAMal (ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102), l'admission dans une liste peut être assortie d'une limitation qui peut notamment se rapporter à la quantité ou aux indications médicales. De telles limitations ont notamment pour but d'exclure ou de limiter la possibilité d'utiliser de manière abusive des médicaments de la liste des spécialités (ATF 129 V 32 consid. 5.2 in fine ; RAMA 2004 n° KV 272 p. 113 consid. 3.3.1 ; cf. aussi ATF 128 V 159 consid. 5c/bb/bbb).

Un médicament peut être admis dans la liste des spécialités s'il dispose d'une autorisation valable de l'institut Swissmedic (art. 65 al. 1 OAMal).

Il ressort du système d'autorisation de mise sur le marché d'un médicament que l'admission de celui-ci se rapporte toujours à des

indications médicales précises (ATF 130 V 352 consid. 3.2.2). L'indication médicale et le dosage d'un médicament sont dans un rapport de connexité étroit et indissociable du point de vue des règles concernant l'autorisation de prise en charge et, partant, de leur admission dans la liste des spécialités (ATF 131 V 349 consid. 3.1). Les indications pour lesquelles le médicament a été autorisé sont mentionnées dans la notice destinée aux professions médicales et approuvées par Swissmedic. Cette notice est en règle générale publiée dans le Compendium suisse des médicaments (voir art. 2 de l'annexe 4 à l'OEMéd [ordonnance de l'Institut suisse des produits thérapeutiques du 9 novembre 2001 sur les exigences relatives à l'autorisation de mise sur le marché des médicaments ; RS 812.212.22]).

c) Pour être admis dans la liste des spécialités, les médicaments prêts à l'emploi doivent répondre aux exigences de la loi, soit être efficaces, appropriés et économiques (art. 65 al. 3 OAMal ; art. 30 al. 1 let. a OPAS [ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations de l'assurance des soins ; RS 832.112.31]), ces notions étant précisées pour les médicaments aux art. 32 ss OPAS. Ainsi, selon les art. 32 et 33 al. 2 OPAS, pour juger de l'efficacité d'un médicament et de sa valeur thérapeutique, l'Office fédéral de la santé publique (ci-après : OFSP) s'appuie sur les documents qui ont fondé l'autorisation accordée par l'Institut suisse des produits thérapeutiques. A cet égard, la demande d'admission dans la liste doit notamment contenir le préavis délivré par Swissmedic précisant l'autorisation qu'il entend donner, les indications et les dosages qui seront autorisés (art. 30a al. 1 let. a OPAS), la notice destinée aux professions médicales qui a été fournie à Swissmedic (art. 30a al. 1 let. b OPAS), ainsi que le résumé de la documentation sur les études cliniques qui a été fournie à Swissmedic (art. 30a al. 1 let. d OPAS). L'examen de l'OFSP est ainsi fondé principalement sur l'autorisation délivrée par Swissmedic et les documents sur la base desquels celui-ci a accordé l'autorisation de mise sur le marché ; les données relatives aux indications médicales et les dosages autorisés du médicament en sont inséparables. L'examen de l'efficacité, du caractère approprié et de l'économicité d'un médicament s'effectue dès lors toujours concrètement par rapport à l'effet et à la valeur thérapeutique d'un médicament pour le

traitement d'une symptomatologie déterminée, et non pas dans l'abstrait (ATF 130 V 532 consid. 3.3.2).

d) La liste des spécialités a un caractère à la fois exhaustif et contraignant (ATF 128 V 159 consid. 3b/bb). Selon la jurisprudence, un médicament inclus dans la liste des spécialités, utilisé pour d'autres indications que celles sur lesquelles portent l'autorisation de Swissmedic et la notice destinée aux professionnels, doit être considéré comme un médicament administré « hors étiquette » et n'est, en principe, pas soumis à l'obligation de remboursement de l'assurance obligatoire des soins (ATF 142 V 325 consid. 2.3 ; 130 V 532 consid. 5.3). Il en va de même pour l'utilisation d'un médicament avec des dosages dépassant la mesure admise (ATF 131 V 349 consid. 3.2).

e) L'art. 71a al. 1 OAMal prévoit toutefois des exceptions au principe du non remboursement par l'AOS d'un médicament utilisé « hors étiquette ». D'une part, lorsque l'usage du médicament constitue un préalable indispensable à la réalisation d'une autre prestation prise en charge par l'AOS et que celle-ci est largement prédominante (let. a) ; d'autre part, lorsque l'usage du médicament permet d'escompter un bénéfice élevé contre une maladie susceptible d'être mortelle pour l'assuré ou de lui causer des problèmes de santé graves et chroniques et que, faute d'alternative thérapeutique, il n'existe pas d'autre traitement efficace autorisé (let. b). Pour cette seconde hypothèse, une simple utilité thérapeutique du médicament ne suffit pas (ATF 136 V 395 consid. 6.10 ; TF 9C_667/2015 du 7 juin 2016 consid. 4.4.2).

L'art. 71a al. 2 OAMal prévoit que l'AOS prend en charge les coûts du médicament seulement si l'assureur a donné une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil. Le rapport entre la somme à rembourser et le bénéfice thérapeutique du médicament doit être adéquat ; l'assureur fixe le montant du remboursement ; le prix maximal est celui qui figure dans la liste des spécialités (al. 3).

4. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). Il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; Pratique VSI 2001 p. 106, consid. 3b/cc).

En ce qui concerne les rapports des médecins des assureurs, ceux-ci peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi

longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et réf. cit. ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

5. a) En l'espèce, il n'est pas contesté par les parties que la consommation de Perenterol de la recourante dépasse nettement les limites admises par Swissmedic et publiées dans le Compendium suisse des médicaments. Il ressort notamment d'un courrier du 25 novembre 2015 adressé au médecin-conseil d'I. _____ que le Dr C. _____ affirme que la posologie du Perenterol est de 1 à 2 comprimés par jour tout en précisant que sa patiente prévient les diarrhées en prenant plus de 10 comprimés par jour et qu'elle s'arrange directement avec la pharmacie. Or, selon les factures présentées pour la période allant du 1^{er} janvier au 31 octobre 2015, la recourante aurait absorbé, sur une période de 304 jours, 62'630 comprimés, soit en moyenne 206 comprimés par jour. Selon la jurisprudence, les dosages dépassant la mesure admise sont considérés comme des médicaments administrés « hors étiquette » et ne sont dès lors pas soumis à l'obligation de remboursement de l'AOS. Il en va de même des semainiers dont la facturation hebdomadaire par 21 fr. 60 ne se concilie guère avec les milliers de capsules délivrées chaque semaine et ne se justifie dès lors pas au regard de l'art. 7 ch. 1 de l'Annexe 1 de la Convention tarifaire RBP IV.

b) La recourante se prévaut du principe de la bonne foi alléguant que lors de la découverte de la problématique liée à la délivrance du Perenterol en mai 2015, I. _____ aurait dû informer l'OCTP que les factures de la Pharmacie X. _____ posaient problème et pouvaient ne pas être prises en charge. L'intimée, quant à elle, estime qu'avant les factures relatives à la remise de médicaments dès le mois de juin 2015, les factures émises par la Pharmacie X. _____ et prises en charge étaient de moindre importance. Bien qu'I. _____ admette que la vente de Perenterol dépassait les limites de ce que la liste des spécialités

autorise, elle considère que les montants demeureraient raisonnables. Elle soutient qu'elle ne pouvait informer et agir plus rapidement que les factures n'étaient portées à sa connaissance. Ce n'est qu'à réception des factures importantes, soit pour la première fois en octobre 2015 qu'l._____ a pris connaissance des achats débridés de la spécialité Perenterol qui ont eu lieu entre le 6 juin et le 31 octobre 2015.

6. a) Sous réserve de l'art. 9 qui ne trouve pas application en l'espèce, la LAMal ne contient pas de disposition spécifique régissant le devoir d'information des organes d'application, de telle sorte qu'il convient de se référer à l'art. 27 LPGa.

Aux termes de cette disposition, 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). Outre cette obligation d'information générale, l'al. 2 prévoit également que chacun a le droit d'être conseillé, en principe gratuitement, sur ses droits et obligations, les assureurs à l'égard desquels les intéressés doivent faire valoir leurs droits ou remplir leurs obligations étant compétents à cet égard.

Ce devoir de conseil de l'assureur social comprend l'obligation de rendre la personne intéressée attentive au fait que son comportement pourrait mettre en péril la réalisation de l'une des conditions du droit aux prestations (ATF 131 V 472 consid. 4.3).

Les conseils ou renseignements portent sur les faits que la personne qui a besoin des conseils doit connaître pour pouvoir correctement user de ses droits et obligations dans une situation concrète face à l'assureur-maladie (Gebhard Eugster, ATSG und Krankenversicherung : Streifzug durch Art. 1-55 ATSG, RSAS 2003 p. 226 ; du même auteur, Krankenversicherung, in Soziale Sicherheit [SBVR], 3^e éd. 2016, n. 1528 ss p. 863). Le devoir de conseil s'étend non seulement aux circonstances de fait déterminantes, mais également aux circonstances de nature juridique (arrêt K 7/06 du 12 janvier 2007 consid.

3.3, in SVR 2007 KV n° 14 p. 53 et la référence). Son contenu dépend entièrement de la situation concrète dans laquelle se trouve l'assuré, telle qu'elle est reconnaissable pour l'administration (Ulrich Meyer, Grundlagen, Begriff und Grenzen der Beratungspflicht der Sozialversicherungsträger nach Art. 27 Abs. 2 ATSG, in Sozialversicherungsrechtstagung 2006, n° 35, p. 27).

b) 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 de sa part qui peut, à 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 (« ohne weiteres ») 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 : 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 9C_753/2016 du 3 avril 2017 consid. 6.1).

7. a) En l'occurrence, l'intimée a admis que ses services n'avaient pas pleinement respecté leur devoir d'information, dès lors que des factures de la Pharmacie X. _____ concernant le Perenterol avaient été payées sans raison. Elle n'a par conséquent pas sollicité la restitution des prestations avancées dans le cadre d'achats abusifs du médicament Perenterol (notamment factures des 8 septembre 2015 [montant de 9'876 fr. 20], 1^{er} octobre 2015 [montant de 2'255 fr. 45] et 1^{er} octobre 2015 [montant de 7'246 fr.]). Toutefois, elle conteste que les remboursements effectués aient pu avoir une incidence sur le comportement de son assurée au regard des achats des boîtes de Perenterol du 6 juin au 31 juillet 2015.

b) aa) Les arguments de l'intimée ne résistent pas à l'examen des pièces du dossier. Il ressort d'un récapitulatif établi par l'intimée concernant la remise de boîtes de Perenterol par la Pharmacie X. _____ (pièce 50) que la recourante s'est vue remettre 310 comprimés en janvier (dès le 15 janvier 2015) pour un montant de 327 fr. 20, 1'750 comprimés en février 2015 pour un montant de 1'855 fr., 3'050 comprimés en mars 2015 pour un montant de 3'233 fr., 4'500 comprimés en avril 2015 pour un montant de 4'770 fr. et 8'020 comprimés en mai 2015 pour un montant de 8'501 fr. 20. Si l'on examine les décomptes de prestations du tiers soldant (pièces 50 et 51 à 82), on constate un décalage entre les prestations reçues par l'assurée (remise de médicaments) et les décomptes établis par I. _____. Ainsi, le décompte du 8 mai 2015 porte sur des factures de pharmacie allant du 11 au 16 mars 2015 correspondant notamment à la remise de 600 comprimés en l'espace de quatre jours, élément qui a probablement incité I. _____ à solliciter directement des renseignements auprès de la recourante le 6 mai 2015, l'intimée admettant que cette prise de renseignements était liée à « la quantité importante de la spécialité Perenterol délivrée » (cf. réponse, faits, ch. 7, p. 2). Finalement, I. _____ s'est adressée le 27 mai 2015 par écrit au Dr C. _____ concernant la prescription, le 12 mai 2015, du médicament « Perenterol » afin d'en connaître l'indication médicale, ainsi que la posologie journalière. Or, selon le décompte du 26 mai 2015 portant sur une facture de pharmacie allant du 27 au 31 mars 2015,

l'assurée s'était vue remettre 800 comprimés en quatre jours. Au moment du décompte précité, la recourante avait déjà bénéficié de la remise de 504 boîtes de Perenterol soit 5'110 comprimés (dont 7 boîtes à 20 comprimés) du 15 janvier au 31 mars 2015, correspondant à environ 68 comprimés par jour. Finalement, l._____ s'est acquittée par décomptes des 2, 5, 9, 12, 16 et 19 juin 2015 des factures de pharmacie pour le mois d'avril 2015 correspondant notamment à la remise de 4'500 comprimés pour un montant de 4'770 fr. et par décomptes des 19, 26 juin, 3 et 7 juillet 2015 des factures de pharmacie pour le mois de mai 2015 correspondant notamment à la remise de 8'020 comprimés, soit en moyenne 258 comprimés par jour, pour un montant de 8'501 fr. 20.

bb) Au vu des éléments précités, il convient de constater que le processus mis en place par l'assureur s'agissant de son devoir d'information lors d'une surmédication s'est avéré défaillant. Ainsi, l._____ ne saurait se disculper en affirmant que les montants relatifs à la vente de Perenterol demeuraient raisonnables à tout le moins jusqu'au mois de mai 2015, même si la remise du médicament précité dépassait déjà les limites autorisées. En effet, en mai 2015, la délivrance de Perenterol était en moyenne de 258 comprimés par jour, alors qu'l._____ a admis le remboursement de 123 comprimés par jour (cf. décision sur opposition p. 10). A cela s'ajoute que le 27 mai 2015, l._____ a uniquement interpellé le Dr C._____ sur la prescription, le 12 mai 2015, du médicament Perenterol, sans en informer l'OCTP. Le médecin précité a répondu le 29 mai 2015 que la prescription de Perenterol se justifiait dans un contexte de diarrhées sur bypass gastrique et d'utilisation régulière d'antibiotiques. Il ne ressort toutefois pas du dossier qu'l._____ ait précisé au médecin traitant l'ampleur de la délivrance de ce médicament - comme elle l'a fait par courrier du 19 novembre 2015 en mentionnant la délivrance de 10'000 comprimés pour le mois d'octobre 2015 - l'empêchant ainsi de prendre toute la mesure de la situation et les dispositions qui s'imposaient, soit l'arrêt de la prescription de ce médicament et son remplacement par l'Imodium et une prescription de Mycostatine (cf. procès-verbal d'entretien téléphonique du 16 décembre 2015 entre les Drs R._____ et C._____). Lors de son

entretien avec le médecin-conseil en date du 14 décembre 2015, le Dr C._____ s'est déclaré surpris par la consommation excessive de Perenterol, compte tenu de l'absence d'abus les années précédentes. En outre, la recourante est sous curatelle au sens de l'art. 398 CC, élément dont I._____ avait connaissance dès lors qu'elle avait adressé pour information à l'office précité un courrier en date du 25 mars 2015 concernant une demande de renseignements médicaux auprès des fournisseurs de soins prescripteurs s'agissant d'une « facture de Fr. 75.35, relative à l'achat de Xanax 2mg » et non du Perenterol. On s'étonne dans ce contexte que l'intimée se soit adressée directement par téléphone le 6 mai 2015 à l'assurée afin de connaître l'indication médicale de la prise de Perenterol en grande quantité sans en référer à l'OCTP - lequel ne recevait au demeurant pas les décomptes de prestations compte tenu de la cession de créance alors en vigueur -, perpétuant encore le sentiment de la recourante d'agir correctement, compte tenu de l'absence de réaction de l'intimée suite à ses explications du 6 mai 2015. Ce n'est finalement que le 19 novembre 2015 qu'I._____ a informé l'OCTP que le dossier de l'assurée nécessitait des investigations supplémentaires et que l'indemnisation des frais pharmaceutiques serait retardée, étant précisé que la surmédication n'a été communiquée à l'office précité que le 27 novembre 2015.

cc) Compte tenu de ce qui précède, en s'abstenant de renseigner sans délai la recourante, respectivement l'OCTP, sur les conditions de prise en charge du Perenterol et des semainiers, l'intimée n'a pas permis à la recourante de prendre conscience de la limite de ses droits dans son cas particulier, ni à l'OCTP de surseoir au paiement des factures transmises par la Pharmacie X._____ jusqu'à la prise de position de l'intimée. Au contraire, l'assurance, agissant dans le cadre de ses compétences, a conforté l'intéressée dans l'idée qu'elle pouvait continuer à solliciter la remise de Perenterol et l'OCTP qu'il pouvait s'acquitter des factures transmises par la Pharmacie X._____ conformément à la convention entre I._____, la Société vaudoise de pharmacie et le Service des assurances sociales et l'OCTP, alors qu'une information adéquate à l'OCTP et au médecin traitant aurait été nécessaire dès la fin mai 2015 au

plus tard. Le devoir d'information de l'assurance à l'OCTP était d'autant plus pertinent que la recourante, sous curatelle, présentait alors une toxicomanie sévère et des atteintes psychiatriques, notamment un trouble anxieux sur personnalité borderline sévère, rendant incertaine sa capacité à gérer son traitement.

c) Il résulte de ce qui précède que les conditions auxquelles la recourante peut se prévaloir de sa bonne foi en relation avec le devoir de conseil de l'art. 27 al. 2 LPGA sont réalisées. En conséquence, le principe de la prise en charge par l'assurance des frais relatifs à la délivrance de Perenterol et de semainiers déjà remboursés par l'OCTP à la Pharmacie X. _____ doit être admis. Toutefois, le montant litigieux tel qu'allégué par la recourante, soit 16'310 fr. 40 ([7'598 fr. 75 + 10'595 fr. 70] - [1'079 fr. 85 + 804 fr. 20]) (cf. réplique du 28 juin 2017, pièce 51, décompte du 2 mars 2016) ne tient pas compte du non remboursement des médicaments hors liste Venoruton caps 300 mg, Hirudoid forte crème et NACL Braun 0.9 %. Dès lors, le montant soumis à remboursement est de 16'072 fr. 80 ([15X1'060 fr. selon pièce 50] + [8X21 fr. 60 selon tableau récapitulatif du 1^{er} mai 2019]).

8. a) S'agissant de la conclusion portant sur les intérêts, la recourante sera renvoyée à l'art. 26 al. 2 LPGA, qui prévoit que des intérêts moratoires sont dus pour toute créance de prestations d'assurances sociales à l'échéance d'un délai de 24 mois à compter de la naissance du droit, mais au plus tôt douze mois à partir du moment où l'assuré fait valoir ce droit, pour autant qu'il se soit entièrement conformé à l'obligation de collaborer qui lui incombe. N'ont toutefois pas droit à des intérêts moratoires les tiers qui ont consenti des avances ou provisoirement pris en charge des prestations au sens de l'art. 22 al. 2 LAMal et auxquels les prestations accordées rétroactivement ont été cédées (art. 26 al. 4 let. b LAMal).

b) En l'occurrence, dans la mesure où l'OCTP a pris en charge provisoirement les factures des 1^{er} juillet et 3 août 2015, il n'y a pas lieu d'octroyer d'intérêts moratoires à la recourante.

9. Il n'y a pas lieu de compléter l'instruction comme le requièrent les parties par l'audition du Dr C._____ et du pharmacien S._____. En effet, de telles mesures d'instruction ne modifieraient pas, selon toute vraisemblance, l'appréciation qui précède (appréciation anticipée des preuves ; cf. ATF 134 I 140 consid. 5.3 ; 131 I 153 consid. 3 ; TF 9C_303/2015 du 11 décembre 2015 consid. 3.2). La recourante a en outre renoncé à la tenue de débats publics.

10. a) Le recours doit par conséquent être partiellement admis, ce qui conduit à la réforme de la décision sur opposition rendue par l'intimée 12 mai 2016, en ce sens que l'intimée doit prendre en charge le médicament Perenterol et les semainiers délivrés à la recourante du 6 au 29 juin 2015 (facture du 1^{er} juillet 2015) et du 2 au 31 juillet 2015 (facture du 3 août 2015) à hauteur de 16'072 fr. 80.

b) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires.

c) Obtenant partiellement gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel pour la défense de ses intérêts, la recourante peut prétendre à une indemnité de dépens à la charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGA ; 55 al. 1 LPA-VD ; art. 10 et 11 TFJDA [tarif cantonal vaudois des frais judiciaires et des dépens en matière administrative du 28 avril 2015 ; BLV 173.36.5.1]). Compte tenu de l'ensemble des circonstances, il convient de l'arrêter à 2'000 fr. (débours et TVA compris). Cette indemnité couvre au demeurant la rémunération du conseil d'office - étant précisé que l'assistance judiciaire a été accordée avec effet au 4 septembre 2017 - de sorte qu'il n'y a pas lieu de fixer précisément le montant de l'indemnité qui aurait dû lui être versée (art. 118 et 122 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD ; cf. aussi art. 4 al. 1 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

**Par ces motifs,
la juge unique
prononce :**

- I. Le recours est partiellement admis.

- II. La décision sur opposition rendue 12 mai 2016 par I. _____ est réformée, en ce sens que l'intimée doit prendre en charge le médicament Perenterol et les semainiers délivrés à la recourante du 6 au 29 juin 2015 (facture du 1^{er} juillet 2015) et du 2 au 31 juillet 2015 (facture du 3 août 2015) à hauteur de 16'072 fr. 80 (seize mille septante-deux francs et huitante centimes).

- III. Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire.

- IV. I. _____ versera à M. _____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Jean-Michel Duc (pour la recourante),
- I. _____,
- Office fédéral de la santé publique,

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 :