

GE_GERICHTE A/2310/2016 vom 1. November 2016

GE Cour de justice, 2016-11-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2310_2016

FR: GE_GERICHTE A/2310/2016 du 1 novembre 2016

IT: GE_GERICHTE A/2310/2016 del 1 novembre 2016

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Manuel MOURO recourante contre HELSANA ASSURANCES SA, Droit des assurances, sise av. de Provence 15, LAUSANNE intimée EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1979, est assurée auprès de la caisse-maladie Helsana assurances SA (ci-après : Helsana ou l'intimée) pour l'assurance obligatoire des soins, avec une franchise de CHF 300.-. 2. Sur prescriptions du docteur B_____, généraliste et chirurgien FMH, des 19 décembre 2014, 12 janvier 2015 et à une date postérieure ne figurant pas sur l'ordonnance, mais vraisemblablement le 19 janvier 2015, elle s'est fait délivrer du Sovaldi® cpr pell 400 mg (vingt-huit pièces) les 19 décembre 2014, 12 et 19 janvier 2015, selon le système du tiers payant. 3. La coopérative professionnelle des pharmaciens suisses (ci-après : OFAC) a facturé ce médicament à Helsana les 16 janvier 2015 (traitement de décembre 2014) et 16 février 2015 (traitements de janvier 2015), à raison de CHF 19'208.50 les vingt-huit comprimés. 4. Le 2 février 2015, Helsana a indiqué à l'assurée qu'elle avait pris bonne note qu'elle suivait un traitement auprès du Dr B_____ et qu'elle avait bien reçu la facture de pharmacie. A ce sujet, elle avait entrepris des investigations et avait demandé des renseignements médicaux afin de déterminer si les critères relatifs à l'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des prestations étaient réalisés. Son médecin-conseil, en collaboration avec les services spécialisés compétents, examinait les données selon les critères médicaux. 5. A la suite de la demande de précisions de Helsana du 2 février 2015 sur la prescription du médicament Sovaldi®, le Dr B_____ a diagnostiqué, dans un rapport du 1^{er} avril 2015, une hépatite C découverte et traitée à l'étranger en 2013. A la question de savoir si l'indication était conforme à la liste des spécialités, il a répondu que la patiente avait dû voir le nom et l'indication du Sovaldi® « dans internet et le médecin étranger ». La patiente lui avait seulement demandé la prescription du Sovaldi® mais n'avait pas de bilan parce qu'elle se refusait « à considérer son infection ». Il prévoyait d'effectuer un bilan de l'hépatite C. Dans un rapport du 27 avril 2015, il a diagnostiqué une « hépatite C à l'étranger » avec traitement de consolidation en Suisse, ainsi que la prescription de Copegus® et Sovaldi® pendant trois mois. L'assurée avait été traitée à l'étranger pour son hépatite C. En Suisse, elle n'avait pris que le Copegus® et le Sovaldi®. 6. Par courrier du 24 avril 2015, Helsana a refusé la prise en charge du Sovaldi®. 7. Par décomptes de prestations des 9 et 23 mai 2015, Helsana a réclamé à l'assurée le remboursement des prestations non assurées, soit notamment le Sovaldi® délivré lors des traitements des 17 au 19 décembre 2014 et du 19 janvier 2015, à raison de CHF 19'208.50 pour chaque traitement. 8. A la suite du courrier du 22 mai 2015 de l'assurée, représentée par un avocat et contestant la position de Helsana,

celle-ci a confirmé son refus de prise en charge par décision formelle du 18 juin 2015. Elle a expliqué qu'au titre de l'assurance obligatoire des soins, elle versait ses prestations pour les médicaments à condition qu'ils soient mentionnés dans la liste des spécialités. Le médicament Sovaldi® y était bien indiqué mais avec des limitations, à savoir chez les patients atteints d'hépatite C chronique (ci-après : HCC) en association avec la ribavirine ou en association avec le peginterferon alfa et la ribavirine : - fibrose hépatique de degré trois ou quatre prouvée par biopsie (score Métavir) ou rigidité accrue du foie de plus de 9,5 kPa mesurée deux fois à intervalle d'au moins trois mois au moyen de Fibroscan. - patients symptomatiques présentant une manifestation extrahépatique de l'hépatite C indépendamment des lésions hépatiques. La prescription devait émaner exclusivement de spécialistes en gastro-entérologie, en particulier les détenteurs du titre hépatologue ou de spécialistes en infectiologie, ainsi que de médecins sélectionnés expérimentés en toxicomanie et dans le traitement de l'HCC. La liste de ces derniers est consultable à l'adresse <http://www.bag.admin.ch/lis-ref>. Selon les rapports médicaux en possession de son médecin-conseil, ces conditions n'étaient pas remplies. 9. Dans un nouveau décompte de prestations du 20 juin 2015, Helsana a réclamé à l'assurée le remboursement notamment du Sovaldi® délivré lors du traitement du 12 janvier 2015, soit CHF 19'208.50. 10. Sur demande de Helsana, le Dr B_____ a précisé le 30 juillet 2015 qu'il n'avait pas suivi cette patiente lui-même puisque son infection avait, selon elle, été découverte et traitée à l'étranger. Lorsqu'il avait prescrit du Sovaldi®, il ne répondait à aucun des critères de prescription. Il avait prescrit en qualité de médecin traitant de famille. 11. A la suite de l'opposition formée le 7 août 2015 contre la décision du 18 juin 2015, Helsana a annulé ladite décision et l'a remplacée par une nouvelle décision formelle du 4 septembre 2015 dont la motivation est strictement identique à celle de la décision annulée. Toutefois, le dispositif prévoit en plus que l'assurée doit lui restituer un montant total de CHF 57'625.50. 12. Par télex du 14 août 2015, le Dr B_____ a transmis à Helsana les résultats d'analyse sanguine du 28 avril 2015 faisant état de l'absence d'hépatite C. 13. Par opposition formée le 6 octobre 2015 contre la décision du 4 septembre 2015, l'assurée a contesté son obligation de restituer le montant réclamé. Elle a conclu à l'annulation de ladite décision sous suite de dépens et à l'octroi de l'assistance juridique dans le cadre de la présente procédure. Elle a soutenu que Helsana avait violé son devoir de l'informer des conditions de prise en charge. En effet, elle s'était fait prescrire le Sovaldi® en toute bonne foi par son médecin, puis délivrer le médicament par sa pharmacie à trois reprises successives sans que Helsana ne réagisse, ni ne l'informe de son coût et du fait qu'il était à sa charge. Etant donné qu'elle dépendait financièrement de l'Hospice général à raison de CHF 1'700.- par mois, si elle avait eu connaissance de ces informations, elle n'aurait jamais suivi un tel traitement. Le montant que lui réclamait Helsana devait être compensé par son dommage résultant de la violation par celle-ci de son devoir d'information. 14. Par courrier du 6 octobre 2015, l'assurée a réclamé à Helsana des dépens pour l'activité de son mandataire due à sa première décision. 15. Par courrier du 14 octobre 2015, Helsana a refusé l'octroi de dépens pour la première opposition au motif qu'en règle générale, il n'était pas alloué de dépens dans le cadre de la procédure d'opposition et que l'assurée ne motivait pas sa demande pour déroger à la règle. L'octroi de tels dépens se justifiait d'autant moins que la nouvelle décision du 4 septembre 2015 n'avait engendré aucune charge de travail supplémentaire de la part de son mandataire puisqu'elle avait un contenu quasiment identique à sa deuxième opposition. S'agissant de cette dernière, elle statuerait sur les

dépens dans le cadre de la décision sur opposition.![endif]>![if> 16. Par courrier du 29 octobre 2015, l'assurée a exposé qu'elle est indigente, perçoit des prestations de l'Hospice général et n'est pas en mesure d'assumer ses frais d'avocat. Le fait que Helsana, pour des motifs qui lui étaient propres, ait annulé sa décision et l'ait remplacée par une nouvelle décision ne signifiait pas qu'elle devait être exonérée des frais relatifs à sa défense, ce d'autant plus que celle-ci avait précisément abouti à l'annulation requise. Elle a conclu à la reconsidération de la décision de refus d'allocation de dépens, respectivement à l'émission d'une décision formelle ainsi qu'à la confirmation de l'octroi de l'assistance juridique pour la seconde procédure engagée.![endif]>![if> 17. Le 18 avril 2016, Helsana a transmis à l'assurée une copie des avis médicaux du 19 août 2015 du docteur C_____, généraliste FMH, du 22 octobre 2015 de la doctoresse D_____, médecin aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), du 8 décembre 2015 du docteur E_____, spécialiste FMH en gynécologie et obstétrique, ainsi que l'analyse de laboratoire du 28 avril 2015. Il ressortait de ces divers documents qu'elle n'avait jamais fait part à ses médecins d'une affection hépatique et que l'analyse du 28 avril 2015 démontrait l'absence d'hépatite C. Helsana lui a accordé un délai échéant au 10 mai 2016 pour se déterminer sur leur contenu et l'a informée qu'à défaut d'une telle détermination, elle rendrait une décision sur opposition en l'état du dossier. Sur demande de l'assurée, ce délai a été prolongé une dernière fois jusqu'au 24 mai 2016.![endif]>![if> 18. Par courrier du 24 mai 2016, l'assurée a demandé à Helsana de se déterminer préalablement sur la demande d'octroi de dépens ainsi que d'assistance juridique et de lui accorder un nouveau délai afin qu'elle puisse transmettre ses éventuelles observations une fois rendue la décision sur l'assistance juridique.![endif]>![if> 19. Par décision d'ordonnancement du 3 juin 2016, Helsana a refusé à l'assurée l'octroi de l'assistance juridique dans le cadre de l'opposition du 6 octobre 2015 et de dépens pour la procédure d'opposition relative à la décision du 18 juin 2015. Elle a considéré que la procédure était d'emblée vouée à l'échec puisque l'assurée n'avait pas pu établir qu'elle était atteinte d'une hépatite C et que le Dr B_____ n'avait procédé à aucun test de la fonction hépatique. En outre, elle n'avait pas violé son devoir d'information car elle n'avait eu connaissance de la délivrance du médicament - à laquelle s'appliquait le système du tiers payant - qu'après son retrait à la pharmacie. Au demeurant, il appartenait au médecin ou au pharmacien d'attirer son attention sur la possibilité d'un refus de prise en charge dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins. Les autres conditions n'étaient pas davantage réalisées puisque l'assistance d'un avocat n'était ni nécessaire, ni indiquée dès lors que l'assurée aurait pu être aidée par un assistant social ou l'Ombudsman. La première décision avait été annulée et remplacée au seul motif qu'elle ne respectait pas les conditions formelles quant à l'étendue de l'obligation de restituer. Les frais de représentation dans cette procédure étaient modestes, les deux oppositions ayant quasiment le même contenu. Helsana a précisé que la question des dépens de la première procédure sera traitée dans la procédure au fond suite à la deuxième procédure décisionnelle. Elle a ajouté que la question des dépens pour la procédure d'opposition sera examinée lors de la décision sur opposition.![endif]>![if> 20. Par acte du 6 juillet 2016, l'assurée a recouru contre ladite décision qu'elle avait reçue le 6 juin 2016. Elle a conclu, sous suite de frais et dépens, à l'octroi de dépens à hauteur de CHF 1'000.- en relation avec la décision du 18 juin 2015 et à être mise au bénéfice de l'assistance juridique dès le 7 octobre 2015. Elle a reproché à l'intimée d'avoir conclu que la procédure était vouée à l'échec en se fondant sur des pièces produites en avril 2016, soit dix mois après sa première décision. Elle a soutenu qu'à la date où l'intimée avait rendu ses deux décisions, celle-ci n'avait pas connaissance de ces pièces,

de sorte qu'à l'époque la cause n'était pas vouée à l'échec et que l'assistance juridique lui aurait vraisemblablement été accordée si l'intimée n'avait pas attendu la fin de l'instruction pour statuer. Elle n'avait pas à subir les conséquences de ce retard. En outre, elle n'avait jamais consulté la Dresse D _____ et à la date des consultations auprès des Drs C _____, E _____ et F _____ qui remontaient à 2011 et 2012, elle n'avait pas encore eu connaissance de son hépatite. L'intimée avait attendu le troisième retrait de médicament, soit près de quatre mois après le premier retrait, pour l'informer qu'elle ne prenait pas en charge le traitement et ce faisant avait violé son devoir d'information. Le différend faisait appel à de nombreuses questions techniques, notamment celles de tiers garant et payant ainsi que celles ayant trait à la responsabilité de l'assurance, du médecin et du pharmacien qui rendaient nécessaire l'assistance d'un avocat. Preuve en était que l'intimée avait pris plus de dix mois pour instruire la procédure et qu'elle avait dû procéder à une substitution de motifs au terme de l'instruction pour justifier sa décision.!

21. Dans sa réponse du 19 juillet 2016, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a contesté qu'au moment de sa première décision, elle n'aurait pas eu connaissance des pièces médicales communiquées en avril 2016 puisqu'elle disposait déjà de l'avis du Dr C _____ du 19 août 2015 et des rapports du Dr B _____ ainsi que des examens de laboratoire. Les avis médicaux reçus postérieurement n'avaient fait que confirmer que la recourante n'était pas atteinte d'hépatite C. La situation juridique était claire puisqu'il suffisait de déterminer si la recourante souffrait effectivement de l'hépatite C. Il était par contre plus compliqué de rassembler l'ensemble des pièces médicales de la cause, ce qui n'avait toutefois aucune influence sur la complexité juridique de la question litigieuse. La recourante était de mauvaise foi en prétendant qu'elle n'avait appris le refus de prise en charge du traitement que quatre mois après la première prise du médicament et qu'après paiement de l'entier du traitement. L'intimée a précisé que dans un système en tiers payant, l'assurance ne pouvait pas informer l'assuré avant de recevoir la facture de la pharmacie et que les prestations facturées étaient payées immédiatement à la pharmacie. Quoi qu'il en soit, les médicaments ayant déjà été retirés par la recourante, elle n'avait pu que procéder au paiement auprès de la pharmacie. Dès qu'elle avait eu connaissance de la prescription du médicament, elle avait informé la recourante qu'elle effectuerait une instruction quant à l'opportunité d'un tel traitement. La recourante était également de mauvaise foi en tant qu'elle prétendait n'avoir jamais consulté la Dresse D _____ alors que les décomptes de prestations et les ordonnances correspondantes confirmaient des consultations aux HUG en janvier et février 2013.!

22. Dans sa réplique du 23 septembre 2013, la recourante a observé que l'intimée confondait la question du droit au remboursement de ses prétentions avec son droit à être défendue par un conseil dans un dossier manifestement complexe. Les prétentions de l'intimée posaient de sérieux problèmes juridiques liés en particulier au comportement qu'elle avait adopté en versant des montants conséquents sans prendre les précautions imposées par la législation qu'elle est censée connaître, engageant de ce fait sa responsabilité. Elle a confirmé ses précédentes conclusions.!

23. Dans sa duplique du 3 octobre 2016, l'intimée a contesté avoir payé les médicaments aux pharmacies sans prendre les précautions imposées par les circonstances. Selon la convention tarifaire entre la société suisse des pharmaciens (pharmaSuisse) et santéSuisse, les assureurs conventionnés paient la facture du pharmacien conventionné à l'adresse indiquée dans les trente jours après réception de la facture conforme à la convention. Ce n'était qu'à des conditions strictes, non réalisées dans le cas d'espèce, qu'un paiement à la pharmacie n'était pas possible. Elle a confirmé ses conclusions précédentes.!

24. Le 6 octobre 2016, la chambre de céans a transmis cette écriture à la recourante et, sur quoi, a gardé la cause à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10). Les décisions qui accordent ou refusent l'assistance gratuite d'un conseil juridique (art. 37 al. 4 LPGA) sont des décisions d'ordonnancement de la procédure au sens de l'art. 52 al. 1 LPGA (ATF 131 V 153 consid. 1), de sorte qu'elles sont directement attaquables par la voie du recours devant les tribunaux des assurances institués par les cantons (art. 56 al. 1 et 57 LPGA). La compétence de la chambre de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAMal, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-maladie, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA et art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA et 89B LPA. 4. Sont litigieux le droit de la recourante à l'assistance juridique dès l'opposition du 6 octobre 2015 et l'octroi de dépens à la suite de l'annulation de la décision formelle du 4 septembre 2015. 5. Aux termes de l'art. 29 al. 3 Cst., toute personne qui ne dispose pas de ressources suffisantes a droit, à moins que sa cause paraisse dépourvue de toute chance de succès, à l'assistance judiciaire gratuite. Elle a en outre droit à l'assistance gratuite d'un défenseur, dans la mesure où la sauvegarde de ses droits le requiert. L'octroi de l'assistance juridique gratuite signifie que la personne indigente est dispensée de payer les avances de frais et les sûretés exigées par l'autorité et que les frais d'avocat sont couverts par l'Etat. La dispense concerne également les frais inhérents à l'administration des preuves, comme les indemnités de témoins, d'interprètes ou les expertises (Andreas AUER / Giorgio MALINVERNI / Michel HOTTELIER, Droit constitutionnel suisse, vol. II, 3e éd., 2013, n. 1619). Dans la procédure administrative en matière d'assurances sociales, l'assistance gratuite d'un conseil juridique est accordée au demandeur lorsque les circonstances l'exigent (art. 37 al. 4 LPGA). La LPGA a ainsi introduit une prétention légale à l'assistance juridique pour ce type de procédure (ATF 131 V 153 consid. 3.1). La jurisprudence y relative rendue dans le cadre de l'art. 4 aCst. (cf. art. 29 al. 3 Cst.) sur les conditions de l'assistance judiciaire en procédure d'opposition (partie dans le besoin, conclusions non dépourvues de toute chance de succès, assistance objectivement indiquée d'après les circonstances concrètes (ATF 125 V 32 consid. 2 et les références) continue de s'appliquer, conformément à la volonté du législateur (Revue de l'avocat 2005 n. 3 p. 123; arrêt du Tribunal fédéral 9C_674/2011 du 3 août 2012 consid. 3.1; FF 1999 4242). 6. Un procès est dénué de chances de succès lorsque les perspectives de le gagner sont notablement plus faibles que les risques de le perdre et qu'elles ne peuvent être considérées comme sérieuses, de sorte qu'une partie disposant des moyens nécessaires renoncerait, après mûre réflexion, à s'y engager en raison des frais auxquels elle

s'exposerait. Le procès ne l'est en revanche pas lorsque les chances de succès et les risques d'échec s'équilibrent à peu près ou que les perspectives de succès ne sont que légèrement inférieures (ATF 129 I 129 consid. 2.3.1; ATF 128 I 225 consid. 2.5.3 et la référence). Dans tous les cas, les chances de succès ne peuvent pas être déniées lorsque la démarche pose des questions complexes et que son issue apparaît incertaine (ATF 124 I 304 consid. 4b). L'autorité procédera à une appréciation anticipée et sommaire des preuves, sans toutefois instruire une sorte de procès à titre préjudiciel (ATF 124 I 304 consid. 2c). Le point de savoir si l'assistance d'un avocat est nécessaire ou du moins indiquée doit être tranché d'après les circonstances concrètes objectives et subjectives. Pratiquement, il faut se demander pour chaque cas particulier si, dans des circonstances semblables et dans l'hypothèse où le requérant ne serait pas dans le besoin, l'assistance d'un avocat serait judicieuse, compte tenu du fait que l'intéressé n'a pas lui-même des connaissances juridiques suffisantes et que l'intérêt au prononcé d'un jugement justifierait la charge des frais qui en découlent (ATF 103 V 46 consid. b; ATF 98 V 115 consid. 3a; cf. aussi ATF 130 I 180 consid. 2.2 et les références). Une partie est dans le besoin lorsque ses ressources ne lui permettent pas de supporter les frais de procédure et ses propres frais de défense sans entamer les moyens nécessaires à son entretien et à celui de sa famille (ATF 128 I 225 consid. 2.5.1 et ATF 127 I 202 consid. 3b). Les besoins vitaux selon les règles de procédure se situent au-dessus de ce qui est strictement nécessaire et excèdent le minimum vital admis en droit des poursuites (ATF 118 Ia 369 consid. 4). Pour que la notion d'indigence soit reconnue, il suffit que le demandeur ne dispose pas de moyens supérieurs aux besoins normaux d'une famille modeste (RAMA 1996 p. 208 consid. 2). Les circonstances économiques au moment de la décision sur la requête d'assistance judiciaire sont déterminantes (ATF 108 V 265 consid. 4). 7. Ces conditions d'octroi de l'assistance judiciaire sont applicables à l'octroi de l'assistance gratuite d'un conseil juridique dans la procédure d'opposition (Revue de l'avocat 2005 n. 3 p. 123), respectivement de décision. Toutefois, le point de savoir si elles sont réalisées doit être examiné au regard de critères plus sévères dans la procédure administrative (arrêt du Tribunal fédéral 8C_297/2008 du 23 septembre 2008 consid. 3.3). L'assistance par un avocat s'impose uniquement dans les cas exceptionnels où il est fait appel à un avocat parce que des questions de droit ou de fait difficiles rendent son assistance apparemment nécessaire et qu'une assistance par le représentant d'une association, par un assistant social ou d'autres professionnels ou personnes de confiance d'institutions sociales n'entre pas en considération (ATF 132 V 200 consid. 4.1 et les arrêts cités). A cet égard, il y a lieu de tenir compte des circonstances du cas d'espèce, de la particularité des règles de procédure applicables, ainsi que des spécificités de la procédure administrative en cours. En particulier, il faut mentionner, en plus de la complexité des questions de droit et de l'état de fait, les circonstances qui tiennent à la personne concernée, comme sa capacité de s'orienter dans une procédure (Revue de l'avocat 2005 n. 3 p. 123). Dès lors, le fait que l'intéressé puisse bénéficier de l'assistance de représentants d'associations, d'assistants sociaux ou encore de spécialistes ou de personnes de confiance œuvrant au sein d'institutions sociales permet d'inférer que l'assistance d'un avocat n'est ni nécessaire ni indiquée (Revue de l'avocat 2005 n. 3 p. 123). En règle générale, l'assistance gratuite est nécessaire lorsque la procédure est susceptible d'affecter d'une manière particulièrement grave la situation juridique de l'intéressé. Sinon, une telle nécessité n'existe que lorsque à la relative difficulté du cas s'ajoute la complexité de l'état de fait ou des questions de droit, à laquelle le requérant n'est pas apte à faire face seul (ATF 130 I 180 consid. 2.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_105/2007 du 13 novembre 2007

consid. 3.1 et les références). 8. En l'espèce, au vu de la situation financière de la recourante qui reçoit une aide mensuelle de l'Hospice général de CHF 1'700.-, il n'est pas contestable qu'elle est dans le besoin. En revanche, les parties s'opposent quant à la question de savoir si le litige - consistant à déterminer si l'intimée a remboursé à tort aux pharmacies le médicament Sovaldi®, respectivement est en droit de demander à la recourante la restitution du prix dudit médicament - est dénué de toutes chances de succès et si l'assistance par un avocat est nécessaire. En l'occurrence, au vu des conditions fixées par l'office fédéral de la santé publique quant à la prise en charge du Sovaldi® par l'assurance obligatoire des soins, qui ne sont pas réalisées quant à la spécialisation du médecin prescripteur et quant à la gravité de l'hépatite C, il semble que l'intimée a refusé à juste titre de prendre en charge ce traitement, de sorte que prima facie, le procès apparaît dénué de chances de succès. Par conséquent, la question de savoir si la recourante n'a jamais souffert d'une hépatite C peut rester non résolue à ce stade, étant précisé qu'il appartiendra toutefois à l'intimée d'instruire cet aspect lorsqu'elle devra examiner la question de la bonne foi de la recourante, notamment dans l'hypothèse où elle devrait statuer sur une éventuelle demande de remise de l'obligation de restituer. S'agissant du dommage réclamé par la recourante à l'intimée et compensant la somme demandée en restitution par celle-ci, les conclusions de la recourante apparaissent tout autant dépourvues de chances de succès. En effet, l'intimée n'a eu connaissance du premier achat de Sovaldi® par la recourante qu'à réception du premier décompte de l'OFAC le 16 janvier 2015 et l'a informée le 2 février 2015, soit après le dernier achat de Sovaldi®, qu'elle examinait si les conditions de prise en charge étaient réunies. Par conséquent, la chambre de céans ne voit pas en quoi l'intimée aurait violé son devoir de conseil au sens de l'art. 27 al. 2 LPGA ou aurait violé le principe de la bonne foi de l'administration prévu par l'art. 9 Cst. Etant donné qu'une des conditions cumulatives quant au droit à l'assistance juridique n'est pas réalisée, il est inutile d'examiner si l'aide d'un avocat est nécessaire, étant précisé qu'en tant que bénéficiaire de l'Hospice général, la recourante est ou peut être conseillée par un assistant social. 9. Il reste à examiner si la recourante peut prétendre à des dépens à la suite de l'annulation de la décision du 18 juin 2015. Selon l'art. 52 al. 3 LPGA, il n'est en règle générale pas alloué de dépens dans le cadre d'une procédure d'opposition. Il y a lieu d'admettre une exception lorsque l'opposant qui obtient gain de cause aurait pu prétendre l'assistance judiciaire en cas de perte du procès (ATF 140 V 166 consid. 3.3; ATF 130 V 570 consid. 2.2). Le Tribunal fédéral a, en revanche, laissé ouverte la question de savoir si un droit aux dépens pouvait être reconnu dans d'autres cas d'exception, notamment en cas de dépenses ou de difficultés particulières (ATF 130 V 570 consid. 2.3). Comme examiné ci-dessus (consid. 8), la recourante n'a pas droit à l'assistance juridique dans le cadre de la procédure administrative, de sorte que l'exception définie par la jurisprudence ne s'applique pas. Par ailleurs, la recourante ne développe aucune argumentation pour soutenir l'existence de circonstances exceptionnelles justifiant l'octroi de dépens. Contrairement à ce qu'elle allègue, la cause ne soulève pas des questions de fait ou de droit particulièrement complexes. En effet, la question d'une éventuelle responsabilité du pharmacien lors de la délivrance de médicaments fait l'objet d'une jurisprudence bien établie (cf. ATF 132 V 18) et celle de la responsabilité du médecin prescripteur ne concerne par la procédure en cours, mais une procédure civile. Quoiqu'il en soit, l'intimée n'a pas annulé la décision du 18 juin 2015 en raison des griefs de la recourante, mais tout simplement parce qu'elle avait omis dans le dispositif de demander la restitution des prestations versées indûment. Par conséquent, la question de savoir si un droit aux dépens peut être reconnu dans d'autres cas

d'exception – non résolue jusqu'ici – peut rester ouverte. Aussi, c'est à juste titre que l'intimée n'a pas octroyé de dépens à la suite de l'annulation de la décision du 18 juin 2015.

10. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant À la forme :

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