

GE_GERICHTE A/3494/2012 vom 14. Mai 2013

GE Cour de justice, 2013-05-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3494_2012

FR: GE_GERICHTE A/3494/2012 du 14 mai 2013

IT: GE_GERICHTE A/3494/2012 del 14 maggio 2013

Erwägungen

E. 2

Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1 et les références). En l'espèce, le litige porte sur des prestations médicales fournies de mars à décembre 2011, de sorte qu'il y a lieu de tenir compte, dans la mesure de leur pertinence, des dispositions de la LAMal et de l'OPAS dans leur teneur en vigueur au moment des faits. Il en va de même de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal; RS 832.102) qui a subi certaines modifications entrées en vigueur le 1^{er} mars 2011.

E. 3

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et ss LPGa).

E. 4

Le litige porte sur la prise en charge d'une attelle de mobilisation active du genou par l'assurance obligatoire de soins au-delà d'une durée de 60 jours.

E. 5

a) Conformément à l'art. 25 al. 2 LAMal, les prestations dont les coûts sont pris en charge par l'assurance obligatoire des soins (art. 25 al. 1 LAMal) comprennent notamment les analyses, médicaments, moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques prescrits par un médecin ou, dans les limites fixées par le Conseil fédéral, par un chiropraticien (art. 25 al. 2 let. b LAMal). Les prestations mentionnées à l'art. 25 LAMal doivent être efficaces, appropriées et économiques (art. 32 al. 1 LAMal). L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques (art. 32 al. 1 LAMal). 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 130 V 532 consid. 2.2; 128 V 159 consid. 5c/aa). Le 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 ; ATF A K 94/04 du 26 septembre 2005, consid. 3.2). Le critère de l'économicité concerne le rapport entre les coûts et le bénéfice de la mesure, lorsque dans le cas concret différentes formes ou méthodes de traitement efficaces et appropriées entrent en ligne de compte pour combattre une maladie (ATF 127 V 138 consid. 5). Ces critères doivent également s'appliquer lorsqu'il s'agit de déterminer sous l'angle de l'efficacité, laquelle de

deux mesures médicales entrant alternativement en ligne de compte doit être choisie au regard de la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins (ATF 130 V 304 consid. 6.1). Pour garantir que les prestations prises en charge par l'assurance-maladie obligatoire remplissent les exigences de l'efficacité, de l'adéquation et du caractère économique, l'art. 33 LAMal prévoit un système pour désigner les prestations susceptibles d'être prises en charge. Ce système distingue selon le type de fournisseurs de prestations et/ou selon la nature de la prestation dispensée et est concrétisé par l'art. 33 OAMal (ATF 129 V 167 consid. 3.2). En ce qui concerne les prestations énumérées à l'art. 25 al. 2 let. b LAMal (analyses, médicaments, moyens et appareils diagnostiques), le législateur a prévu un système dit de liste positive, qui est à la fois exhaustif et contraignant, à la différence du catalogue de certaines prestations fournies par les médecins de l'Annexe 1 à l'OPAS (cf. ATF 130 V 532 consid. 3.4; 129 V 167 consid. 3.4). Tant la liste des analyses (Lana ; art. 25 al. 2 let. b, 52 al. 1 let. a ch. 1 LAMal, 34 et 60 à 62 OAMal, 28 OPAS et annexe 3 de l'OPAS), que la liste des appareils et moyens (LiMA, art. 25 al. 2 let. b, 52 al. 1 let. a ch. 3, 33 let. e OAMal, 20 à 24 OPAS et annexe 2 de l'OPAS) et la liste des spécialités (LS), soit la liste des préparations pharmaceutiques et des médicaments confectionnés, avec prix (LMT) (art. 25 al. 2 let. b, 52 al. 1 let. b LAMal, 34 et 64 à 75 OAMal, 30 à 38 OPAS) constituent des listes positives de prestations. Celles-ci ont pour caractéristique d'être à la fois exhaustives et contraignantes, parce que les assureurs-maladie ne peuvent, en vertu de l'art. 34 al. 1 LAMal, prendre en charge que les prestations prévues aux art. 25 à 33 LAMal (ATF 134 V 83 consid. 4.1 et les références citées). En d'autres termes, le système légal exclut la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins d'une prestation sous forme d'analyse, d'appareil ou de moyen, ou encore de produit thérapeutique, qui n'est pas mentionnée dans la Lana, respectivement la LiMA ou la LS (ATFA non publié K 55/05 du 24 octobre 2005, consid. 1.2.2 [pour les analyses]; RAMA 2002 n° KV 196 p. 7, K 157/00, consid. 3 [pour les appareils et moyens]; ATF 130 V 532, consid. 3.4; RAMA 2004 n° KV 272, K 156/01, consid. 3.2.1; 2003 n° KV 260, K 63/03, consid. 3.2 [pour les médicaments]). Ainsi, un nouveau moyen ou un nouvel appareil doit être inclus dans la LiMA pour constituer une prestation à charge de l'assurance-maladie obligatoire (ATF 134 V 83 consid. 4.1). b) S'agissant en particulier des moyens et des appareils, le DFI édicte des dispositions sur l'obligation de prise en charge et l'étendue de la rémunération des moyens et d'appareils diagnostiques ou thérapeutiques (art. 52 al. 1 chiffre 3 LAMal). Il fixe, après avoir consulté la commission compétente, les montants maximaux pour leur remboursement (art. 33 let. e OAMal). Faisant usage de cette compétence, le DFI a édicté la liste des moyens et appareils à la charge des caisses-maladie (LiMA, annexe 2 à l'OPAS). L'art. 20 OPAS (dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} août 2007) prévoit que l'assurance octroie un remboursement pour les moyens et appareils thérapeutiques ou diagnostiques visant à surveiller le traitement d'une maladie et ses conséquences, remis sur prescription médicale par un centre de remise au sens de l'art. 55 OAMal et utilisés par l'assuré lui-même ou avec l'aide d'un intervenant non professionnel impliqué dans l'examen ou le traitement. Selon l'art. 20a OPAS (en vigueur depuis le 1^{er} août 2007), les moyens et appareils sont répertoriés à l'annexe 2 par nature et par groupe de produits (al. 1). Les moyens et appareils qui sont implantés dans le corps ou qui sont utilisés par les fournisseurs de prestations pratiquant à la charge de l'assurance obligatoire des soins selon l'art. 35 al. 2 LAMal ne figurent pas sur la liste. Le remboursement est fixé dans les conventions tarifaires avec celui de l'examen ou du traitement correspondant (al. 2). L'art. 24 OPAS prévoit le remboursement par l'assurance-maladie jusqu'à concurrence du montant qui figure sur la

LiMA ; lorsque le fournisseur de prestations facture un produit à un prix plus élevé, la différence ne peut être mise à la charge de l'assurance. Il sied ainsi de relever que la LiMA ne contient que des moyens et appareils qui peuvent être appliqués et/ou utilisés directement par l'assuré ou, le cas échéant, par du personnel auxiliaire non médical. Elle ne comprend pas les autres produits médicaux, dont le remboursement est réglementé par les conventions tarifaires des fournisseurs de prestations correspondants (annexe 2 de l'OPAS, LiMA teneur au 1^{er} août 2007, Commentaire des dispositions particulières de la LAMal, de l'OAMal et de l'OPAS, chiffre 2.1 champ d'application de la LiMA ; ATAS/905/2005). Les moyens et appareils représentent par comparaison avec les autres prestations obligatoires un cas particulier. En effet, ils ne sont pas pris en charge par les caisses en vertu d'une décision propre à chaque produit de marque, avec indication d'un prix maximal, comme c'est le cas pour les médicaments inscrits sur la LS; ils figurent dans la LiMA sous forme d'une description générale des produits avec indication du montant maximum alloué pour leur remboursement (cf. art. 33 let. e OAMal). Ces montants doivent en règle générale correspondre au prix moyen des produits comparables proposés sur le marché ; le prix à l'étranger sera également pris en compte lors de l'évaluation du caractère économique. L'assuré a ainsi toute latitude pour choisir un produit approprié spécifique dans les limites du montant maximal, mais tout dépassement de ce montant sera à sa charge, de même que la quote-part et la franchise (cf. art. 24 OPAS ; art. 64 LAMal et 103 OAMal). Les moyens et appareils ne sont donc pas inclus dans la protection tarifaire prévue par l'art. 44 al. 1 LAMal (Annexe 2 OPAS, LiMA teneur au 1^{er} août 2007, Commentaire des dispositions particulières de la LAMal, de l'OAMal et de l'OPAS, chiffre 2.2 réglementation du remboursement concernant la LiMA). c) En l'espèce, il n'est pas contesté que l'attelle motorisée KINETEC employée par la recourante tombe sous le numéro 30.03.01.00.2 de la LiMA avec la dénomination suivante: attelle de mobilisation genou, active. Le tarif prévu pour la location est de 8 fr. 55 par jour et il existe une limitation qui concerne la durée de location maximale de cet objet. Celle-ci est de 30 jours avec une prolongation de 30 jours au maximum sur indication médicale. (cf. No pos. 30.03 LiMA). Suite au rapport médical du Dr. L. _____ du 30 mars 2012, l'intimée a accepté de prendre en charge le remboursement de l'attelle motorisée KINETEC pour 30 jours supplémentaires, conformément à la limitation précitée. Ce faisant, elle a épuisé les possibilités offertes par la LiMA pour la prise en charge d'un tel appareil par l'assurance obligatoire des soins.

E. 6

Il reste à déterminer si la recourante peut exiger de l'intimée la prise en charge de l'attelle motorisée KINETEC pour une durée dépassant la durée totale de 60 jours prévue par la LiMA. a) Lorsque plusieurs mesures sont appliquées dans le cadre d'un même traitement (complexe thérapeutique) et que certaines d'entre elles sont obligatoirement à la charge des caisses-maladie, tandis que d'autres ne le sont pas (ou ne le sont qu'en partie seulement), il faut se demander s'il existe un lien d'étroite connexité entre chacune de ces mesures. Dans l'affirmative, le traitement dans son ensemble n'est pas à la charge des caisses-maladie si les prestations non obligatoires apparaissent prépondérantes (ATF 122 V 472 consid. 6; ATF 120 V 200 consid. 7; ATF non publié du 2 mars 2005, K 107/03; ATF 126 V 323 consid. 3c). Dans l'arrêt K 991 du 11 mai 1998 (RAMA 4/1998, p. 302, consid. 3), le Tribunal fédéral des assurances a relevé que la jurisprudence rendue en matière de complexe thérapeutique a été surtout appliquée lorsqu'il s'agissait d'exclure l'obligation de prise en charge de la caisse-maladie (cf. par exemple ATF 120 V 212 consid. 7b). En revanche, en matière d'assurance-invalidité (art. 12 LAI), la jurisprudence relative au complexe

thérapeutique va dans les deux sens. Ainsi, l'assurance-invalidité doit prendre en charge les frais de traitement d'une affection secondaire (en principe du ressort de l'assurance-maladie) lorsque son traitement est lié à celui de l'affection primaire au point qu'il n'aurait pu être entrepris séparément sans compromettre les chances de succès du traitement de l'affection primaire qui est à la charge de l'assurance-invalidité (ATF 97 V 54). Dans l'ATF 102 V 40 confirmé et précisé dans l'ATF 112 V 347 , le Tribunal fédéral des assurances a considéré que pour déterminer l'obligation de prise en charge par l'assurance-invalidité, est décisive la question de savoir si les mesures prises individuellement ne peuvent être séparées les unes des autres sans que les chances de succès soient compromises et que certaines mesures ne sont pas en soi d'une importance telle que les autres se trouveraient reléguées à l'arrière-plan (ATF 120 V 200 , consid. 7b/aa; ATF 112 V 347 consid. 5b). Lorsque cette étroite connexité existe, l'assurance-invalidité n'est tenue de fournir des prestations que si les mesures médicales nécessaires à la réadaptation s'avèrent prépondérantes (RAMA 4/1998, p. 302 consid. 3b). Bien que cette pratique ait pour objet de distinguer les obligations incombant à l'assurance-invalidité de celles qui sont du ressort de l'assurance-maladie, il n'existe pas de motif pertinent pour ne pas l'appliquer mutatis mutandis à la distinction entre les prestations qui sont obligatoirement à la charge de l'assurance obligatoire de soins et les prestations qui ne le sont pas (RAMA 4/1998, p. 302 consid. 3b). Une application par analogie de la jurisprudence en matière de complexe thérapeutique doit en tout cas être faite lorsqu'il existe un lien de connexité qualifié, en ce sens que la mesure qui n'est pas obligatoirement à la charge de l'assurance obligatoire de soins constitue une condition indispensable à l'exécution des prestations dites obligatoires (RAMA 4/1998, p. 302 consid. 3b). Rendue sous l'empire de la LAMA, cette jurisprudence est également applicable à la LAMal (ATF 130 V 532 consid. 6.1). Cela étant, le Tribunal fédéral n'affirme pas qu'en l'absence d'un lien de connexité qualifié, l'application par analogie de la jurisprudence en matière de complexe thérapeutique serait tout bonnement exclue. Selon la doctrine, le point faible de la jurisprudence rendue en la matière réside dans le fait qu'elle ne se prononce pas de manière précise sur un point décisif, à savoir que la prestation non obligatoire soit efficace, appropriée et économique sous l'angle de l'art. 32 al. 1 LAMal (EUGSTER, *Krankenversicherung*, in *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, soziale Sicherheit*, vol. XIV, 2^{ème} éd. 2007, p. 610, n. 635). En synthèse, l'existence d'un complexe thérapeutique doit être reconnue en présence d'un concours de mesures dans un rapport étroit de connexité les unes avec les autres. Ce rapport est donné si les mesures prises individuellement ne peuvent être séparées les unes des autres sans que les chances de succès soient compromises et que certaines mesures ne sont pas en soi d'une importance telle que les autres se trouveraient reléguées à l'arrière-plan (ATF 120 V 200 , consid. 7b/aa; ATF 112 V 347 consid. 5b). Si tel est le cas, l'ensemble des mesures est à la charge de l'assurance obligatoire de soins à la condition que la prestation non obligatoire ou limitée ne prédomine pas. Toutefois, il n'est pas nécessaire que la prestation obligatoire ou limitée soit indispensable à l'exécution de prestations obligatoires, ce critère servant uniquement à définir l'existence d'un lien de connexité qualifié. b) À la suite de l'adoption du postulat 10.3261 "Prise en charge des médicaments hors étiquette et maladies orphelines" déposé par le Conseiller aux États Didier BERBERAT, le Conseil fédéral a accepté de modifier l'OAMal afin d'y intégrer les exceptions reconnues par le Tribunal fédéral au principe de la liste afin de donner un signal sur l'importance de la mise en pratique de ces exceptions (BO 2010 CE 843). Il a ainsi édicté l'art. 71a et 71b OAMal, entrés en vigueur le 1er mars 2011. L'art. 71a OAMal régit désormais la prise en charge des coûts d'un médicament admis dans

la liste des spécialités et utilisé pour d'autres indications que celles autorisées dans l'information professionnelle ou prévues par la limitation. La teneur de l'alinéa premier est la suivante: l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts d'un médicament admis dans la liste des spécialités et utilisé pour une autre indication que celle autorisée par l'institut ou prévue par la limitation fixée dans la liste des spécialités, au sens de l'art. 73, si: l'usage du médicament constitue un préalable indispensable à la réalisation d'une autre prestation prise en charge par l'assurance obligatoire des soins et que celle-ci est largement prédominante (let. a); ou si 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). Elle prend en charge les coûts du médicament seulement si l'assureur a donné une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil (art. 71a al. 2). 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 (art. 71a al. 3). L'art. 71b OAMal règle la prise en charge des coûts d'un médicament ne figurant pas dans la liste des spécialités. Il dispose que l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts d'un médicament prêt à l'emploi autorisé par l'institut lorsqu'il ne figure pas sur la liste des spécialités et qu'il est utilisé pour les indications mentionnées sur la notice ou en dehors de celles-ci, si les conditions mentionnées à l'art. 71a, al. 1, let. a ou b, sont remplies (al. 1). Elle prend en charge les coûts d'un médicament non autorisé par l'institut mais pouvant être importé selon la loi fédérale sur les médicaments et les dispositifs médicaux (LPT_h ; RS 812.21) si les conditions mentionnées à l'art. 71a, al. 1, let. a ou b, sont remplies et que le médicament est autorisé pour l'indication correspondante par un Etat ayant institué un système équivalent d'autorisation de mise sur le marché reconnu par l'institut (al. 2). Elle prend en charge les coûts du médicament (al. 3). Ces nouvelles dispositions sont certes plus restrictives que la jurisprudence dès lors qu'elles exigent notamment que le médicament ait été autorisé pour une indication similaire dans un autre pays, ce qui ne ressort pas expressément de la jurisprudence qu'elles étaient censées codifier. Elles n'affectent cependant pas la portée des exceptions consenties par la jurisprudence dans les cas qu'elles ne règlent pas expressément, par exemple celui d'un médicament autorisé à l'étranger pour une utilisation thérapeutique différente de celle à laquelle il est destiné dans le cas d'espèce (ATAS/553/2012). Selon les précisions apportées par l'OFAS, l'entrée en vigueur au 1^{er} mars 2011 des arts. 71a et 71b OAMal ne modifie en rien la portée de la jurisprudence afférente au complexe thérapeutique pour les situations non visées par ces dispositions (OFAS, Ordonnance du 27 juin 1995 [OAMal] et Ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie [ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS], Modifications pour le 1^{er} mars 2011, Teneur des modifications et commentaire, p. 5, n. 3.2.2).

E. 7

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 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193

consid. 2). 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; ATF I 339/03 du 19 novembre 2003, consid. 2).

E. 8

Dans le cas particulier, l'utilisation de l'attelle KINETEC par la recourante résulte de deux opérations successives au genou. Selon le rapport médical 28 janvier 2013 du Dr L_____, cette utilisation s'insère dans un processus de rééducation de la mobilité du genou comprenant également une antalgie puissante et de la physiothérapie intensive. Ledit rapport précise qu'il s'agit bien d'un complexe thérapeutique, les prestations ayant un effet synergique pour atteindre le résultat escompté. S'agissant de l'appareil KINETEC le rapport ajoute qu'il a grandement participé au bon résultat en permettant de maintenir le genou en mobilité entre les séances de physiothérapie, qui ne durent que 30 minutes, et ce pour un coût inférieur aux autres mesures mises en œuvre. La recourante en déduit que l'utilisation de l'appareil KINETEC ne prédomine pas l'ensemble des mesures. Pour sa part l'intimée conteste l'existence d'un complexe thérapeutique en se fondant notamment sur le rapport du 18 décembre 2012 établi par son médecin-conseil, le Dr O_____. Ce dernier considère que la situation décrite par le Dr L_____ constitue une association de moyens thérapeutiques avec éventuellement un effet de synergie et que les conditions pour la réalisation d'un complexe thérapeutique ne sont pas réunies car le traitement de base (rééducation et réhabilitation) est aussi réalisable par d'autres moyens thérapeutiques constitués par les différentes prestations de physiothérapie prise en charge dans le cadre de l'assurance obligatoire de soins. Le rapport du Dr O_____ indique également que l'usage de l'appareil KINETEC était étroitement lié aux suites de l'intervention pratiquée sur le genou de l'assurée. Il ressort de ces éléments que le Dr O_____ refuse de parler de "complexe thérapeutique" et préfère évoquer une "association de moyens thérapeutiques" tout en admettant que l'usage de l'appareil KINETEC ait été étroitement lié aux suites de l'intervention subie par la recourante. Enfin, l'intimée et le Dr O_____ ne contestent pas que les coûts engendrés par l'utilisation de l'appareil KINETEC ne représentent qu'un faible pourcentage du coût de l'ensemble des mesures. Ils ne contestent pas non plus que cet appareil ait contribué, en association avec les autres mesures, au succès thérapeutique escompté. Après examen, il s'avère que les objections émises par l'intimée sont d'ordre terminologique. Sur le fond, elles ne décrivent pas une situation qui serait différente de celle visée par le complexe thérapeutique dont les conditions sont réalisées selon le rapport médical du 28 janvier 2013 du Dr L_____. En effet, le Dr O_____ a beau évoquer une association de moyens thérapeutiques comportant l'utilisation d'un appareil étroitement lié aux suites de l'intervention, cela n'en constitue pas moins une autre manière de faire état d'un complexe thérapeutique poursuivant un objectif de rééducation de la mobilité du genou. En définitive, la seule objection qui ressort du rapport médical du 18 décembre 2012 du Dr O_____ concerne l'absence de lien de connexité qualifié entre l'utilisation de l'attelle KINETEC et les autres mesures. Au regard des principes rappelés plus haut, le fait qu'il n'existe aucune alternative à cette prestation parmi les prestations dites obligatoires de la LiMA n'est pas consubstantiel au complexe thérapeutique et ne permet pas de mettre en doute la valeur probante des rapports médicaux du Dr L_____ qui sont pleinement convaincants. Dans le cas d'espèce, le caractère indispensable de la mesure non obligatoire ou limitée importe moins que les critères de l'art. 32 al. 1 LAMal avec lesquels le complexe thérapeutique concrètement mis en œuvre est en meilleure adéquation.

En effet, au vu du succès thérapeutique obtenu, l'utilisation médicalement prescrite de l'attelle motorisée KINETEC au-delà du 60^{ème} jour a été non seulement efficace et appropriée, elle s'est également révélée économique en permettant de compléter et maintenir les bienfaits de la physiothérapie entre des séances qui ne durent que 30 minutes et qui sont d'un coût supérieur à charge de l'assurance obligatoire de soins. Par surabondance, la Cour de céans relève qu'en tenant compte de la disponibilité moindre par nature d'un cabinet de physiothérapie et de la durée limitée des séances qui y sont dispensées, le caractère indispensable d'un appareil de mobilisation pouvant être utilisé sur de plus grands laps de temps et à la demande du patient n'est par ailleurs pas contestable. L'assurance ayant pris en charge les frais de location de l'appareil de mobilisation KINETEC du 9 avril au 8 mai (30 jours) et du 9 mai au 7 juin (30 jours), la recourante a dès lors droit à la prise en charge de ces frais au-delà du 60^{ème} jour, soit la période du 8 juin 2011 au 21 décembre 2011, frais qu'il convient de limiter à 8 fr. 55 par jour conformément à la position n° 30.03.01.00.2 LiMA.

E. 9

Compte tenu de ce qui précède, le recours est partiellement admis au sens des considérants et la décision sur opposition du 19 octobre 2012 annulée. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de 2'000 fr. lui sera accordé à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :**

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