

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 29 juillet 2013

---

Présidence de       Mme    THALMANN  
Juges     :     M.    Neu et Mme Di Ferro Demierre  
Greffier     :     M.   Germond

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**A.** \_\_\_\_\_, à Préverenges, recourante, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat-conseil de l'Assuas, à Lausanne,

et

**E.** \_\_\_\_\_ **Assurance maladie et accident**, à Pully, intimée.

---

**Art. 80 LAMal; 51 al. 1 et 53 al. 1-2 LPGA**

**E n f a i t :**

**A.** A. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1971, était assurée pour l'assurance obligatoire des soins auprès d'E. \_\_\_\_\_ Assurance maladie et accidents (ci-après: E. \_\_\_\_\_ ou l'intimée), du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 31 décembre 2010 (catégorie " [...] " avec franchise de 500 fr. sans couverture du risque accidents).

Par lettre du 11 juin 2009 adressée au médecin-conseil d'E. \_\_\_\_\_, l'assurée a formulé une demande de prise en charge d'une intervention chirurgicale du genou gauche devant être réalisée au Knie Zentrum à Munich par le Prof. T. \_\_\_\_\_. Par communication du 30 juin 2009 à l'assurée, E. \_\_\_\_\_ a refusé d'allouer ses prestations pour la prise en charge des frais ainsi occasionnés.

Le 30 mars 2011, l'assurée a informé E. \_\_\_\_\_ qu'elle avait subi une intervention chirurgicale à Munich par le Prof. T. \_\_\_\_\_ le 7 juillet 2009 et demandait le remboursement de cette opération. Par courrier du 13 juin 2011, E. \_\_\_\_\_ a confirmé son refus de prise en charge de ladite intervention chirurgicale.

Par pli chargé du 24 novembre 2011, l'assurée a réitéré sa demande de remboursement de l'opération en question. Elle a notamment produit en annexe un rapport IRM du 29 juillet 2010 de son genou gauche établi par le Dr R. \_\_\_\_\_ de l'Institut de radiologie de la [...] à Lausanne. Par décision du 6 janvier 2012, E. \_\_\_\_\_ a observé que la contestation du 30 mars 2011 de la prise de position du 30 juin 2009 était tardive.

A la suite de l'opposition de l'assurée, E. \_\_\_\_\_ a rendu une décision sur opposition du 19 avril 2012 rejetant l'opposition et maintenant la décision attaquée. Il en ressort notamment ce qui suit:

"II DROIT et DISCUSSION

1. [...] Dans ce contexte, l'article 80 LAMal [loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994, RS 832.10] confirme que les prestations d'assurance sont allouées selon la procédure simplifiée prévue par l'art. 51 LPGa [loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000, RS 830.1]. En dérogation à l'art. 49, al. 1, LPGa, cette règle s'applique également aux prestations importantes.

En application de ces dispositions légales, en particulier de l'art. 80 LAMal, le courrier simple d'E. \_\_\_\_\_ du 30 juin 2009, par lequel l'assureur confirmait son refus de servir ses prestations pour une intervention pratiquée à Munich par le Prof. T. \_\_\_\_\_, spécialiste du genou, était correct et répondait aux obligations d'information d'E. \_\_\_\_\_.

De plus, à réception de cette prise de position, Mme A. \_\_\_\_\_ n'a pas exigé qu'une décision soit rendue.

2. [...] Dans ce contexte, Mme A. \_\_\_\_\_ aurait dû manifester son désaccord concernant la prise en charge de l'intervention envisagée à Munich dans un délai d'une année. A défaut de réaction de sa part dans ce délai, le refus d'E. \_\_\_\_\_ est entré en force, également s'il lui a été signifié par le biais de la procédure simplifiée décrite sous chiffre 1 supra (ATF 134 V 145).

[...] On doit dès lors admettre que la prise de position d'E. \_\_\_\_\_, communiquée dans le cadre d'une procédure simplifiée par pli simple du 30 juin 2009, convenait à Mme A. \_\_\_\_\_.

3. [...] Mme A. \_\_\_\_\_ souhaite que sa démarche s'inscrive dans le cadre d'une révision lorsqu'elle affirme qu'elle ne pouvait pas apporter la preuve de la réussite du traitement avant le délai d'un an à compter de l'opération.

Elle se trompe. Le refus d'E. \_\_\_\_\_ ne porte pas sur l'adéquation, l'efficacité ou encore l'économicité du traitement réalisé en Allemagne, ces critères n'ayant pas été examinés.

En effet, l'opération réalisée à Munich par le Prof. T. \_\_\_\_\_ le 7 juillet 2009 ne peut pas être indemnisée au titre de l'assurance obligatoire des soins, car elle a été entreprise volontairement à l'étranger.

L'IRM de juillet 2010 ne peut pas, sur ce plan, combler un élément manquant qui aurait altéré la détermination d'E. \_\_\_\_\_.

Nous ne sommes donc pas en présence d'une révision telle qu'envisagée par l'article 53 LPGa.

4. Au demeurant, même s'il fallait considérer que le refus du 30 juin 2009 d'E. \_\_\_\_\_ n'est pas entré en force - ce qui est par ailleurs contesté - l'opération entreprise volontairement en Allemagne le 7 juillet 2009 par Mme A. \_\_\_\_\_ n'est pas à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

Avec l'Accord sur la libre circulation des personnes entré en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2002, la Suisse s'est engagée à participer à la coordination

des systèmes de sécurité sociale en vigueur dans les Etats membres de l'Union européenne (UE).

[...] De nationalité suisse, il ne fait aucun doute que Mme A. \_\_\_\_\_ bénéficie de l'Accord sur la libre circulation des personnes et donc de l'entraide internationale en matière de prestations prévue par les R 1408/71 et 574/72.

Par conséquent, ce sont les règlements précités qui déterminent son droit aux prestations.

A partir du 1<sup>er</sup> juin 2004, toute personne assurée au titre de l'assurance obligatoire des soins bénéficie, en cas de maladie ou de maternité durant un séjour temporaire dans un Etat de l'UE, de toutes les prestations en nature qui s'avèrent nécessaires du point de vue médical, compte tenu de la nature des prestations et de la durée prévue du séjour (cf. art. 22, paragraphe 1, point a) i) R 1408/71).

Le but de cette entraide internationale est que cette personne bénéficie de toutes les prestations en nature qui sont nécessaires pour qu'elle puisse poursuivre son séjour et ne doive pas rentrer chez elle uniquement pour se faire soigner.

Cependant, comme précisé par l'OFSP dans sa circulaire UE 04/03 du 24 mai 2004, la personne assurée ne bénéficie pas de la couverture lorsqu'elle se rend dans un autre Etat de l'UE pour y recevoir des soins médicaux (cf. décision no 194 du 17 décembre 2003 de la Commission administrative pour la sécurité sociale des travailleurs migrants, concernant l'application uniforme de l'article 22, paragraphe 1, point a) i) du R 1408/71).

Lorsqu'elle se rend exclusivement à cette fin, les coûts des soins ne peuvent être pris en charge par l'assureur-maladie que pour autant que celui-ci ait donné son accord, en délivrant préalablement le formulaire E 112 (cf. art. 22, paragraphe 1, point c) i) R 1408/71); circulaires UE 04/1 de l'OFSP du 6 avril 2004 et du 8 avril 2008.

Tel n'est pas le cas ici, l'opération prévue en Allemagne dès le printemps 2009 ayant été clairement refusée par E. \_\_\_\_\_ par décision simple du 30 juin 2009."

**B.** Par acte du 7 mai 2012, A. \_\_\_\_\_, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal et conclut, principalement, à la réforme de la décision sur opposition attaquée en ce sens qu'E. \_\_\_\_\_ est tenue de prendre en charge les frais de l'intervention chirurgicale effectuée le 7 juillet 2009 à Munich et, subsidiairement, à son annulation, le dossier de la cause étant renvoyé à E. \_\_\_\_\_ pour complément d'instruction puis nouvelle décision. Elle expose ne pas avoir accepté le refus signifié le 30 juin 2009 et précise à ce titre que l'intervention subie le 7 juillet 2009 à Munich ne pouvait être reportée mais qu'elle était pressante compte tenu de son état

de santé. Elle est d'avis qu'il n'existe pas de délai imputable à l'assuré pour déclarer son désaccord avec le mode de règlement choisi par l'assureur social. Le délai d'un an avancé à ce propos par E. \_\_\_\_\_ ne serait dès lors pas applicable ce d'autant plus qu'en l'occurrence, il n'y a pas eu notification d'une décision formelle sujette à opposition. Elle ajoute que d'un strict point de vue médical, il lui était impossible d'apporter la preuve de la réussite du traitement litigieux dans le délai d'un an à compter de l'opération. Elle observe par ailleurs que le traitement en question satisfait aux critères de l'adéquation, de l'efficacité et de l'économicité pour sa prise en charge par E. \_\_\_\_\_. Elle invoque à cet égard l'application du droit européen, en particulier la directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers, spécialement son art. 11 qui lui garantirait un accès non discriminatoire aux soins de santé prodigués en Allemagne. A la suivre, l'application de cette disposition serait conforme au droit européen et peu contraignante en matière de coûts dans la mesure où les prestations en matière de santé en Suisse figurent parmi les plus chers d'Europe et qu'E. \_\_\_\_\_ est tenue à prester uniquement à hauteur des coûts qu'elle aurait du prendre en charge si le traitement avait eu lieu en Suisse. Elle constate pour terminer que l'assureur maladie est tenu à prendre en charge les frais de l'intervention chirurgicale au motif qu'elle ne pouvait être subie avec succès qu'en Allemagne.

Au terme de sa réponse du 25 juin 2012, E. \_\_\_\_\_ conclut au rejet du recours et principalement, à la confirmation de la décision sur opposition litigieuse en ce sens qu'il soit dit que la contestation du 30 mars 2011 de la recourante est tardive, respectivement qu'après vingt et un mois la décision simple du 30 juin 2009 est entrée en force, la recourante ayant admis la prise de position de son assureur-maladie. Subsidiairement, elle conclut qu'il soit dit que le traitement volontaire en Allemagne intervenu le 7 juillet 2009 ne relève pas de ses obligations, la recourante étant déboutée de toutes autres et contraires conclusions. L'intimée soutient en premier lieu qu'en application de la procédure simplifiée prévue par l'art. 51 LPGA, applicable en vertu de l'art. 80 LAMal,

le courrier simple de refus du 30 juin 2009 était correct et répondait aux obligations d'information qui lui incombent. Elle souligne qu'à réception de cette prise de position, la recourante n'a pas demandé qu'une décision soit rendue. A suivre l'intimée, la recourante aurait dû manifester son désaccord concernant la prise de position précitée dans le délai d'un an. La réaction de la recourante intervenue le 30 mars 2011 est ainsi tardive, de sorte que le refus de prise en charge est entré en force. L'intimée précise que dans l'éventualité où il devait être entré en matière sur le recours formé, l'art. 53 LPGA ne pourrait être appliqué en l'espèce, faute pour l'état de fait d'en remplir les exigences.

Dans sa réplique du 6 août 2012, la recourante confirme les conclusions prises le 7 mai 2012. Elle précise que sa contestation du 30 mars 2011 s'explique pour deux motifs, à savoir une séparation en 2010 ainsi qu'un rétablissement très difficile et lent à la suite de l'intervention chirurgicale subie. Elle conteste tout caractère volontaire s'agissant de l'opération, laquelle était urgente en l'espèce. Elle produit à cet effet un protocole opératoire consécutif à une intervention (arthroscopie du genou droit et ablation des souris articulaires) pratiquée le 16 janvier 2009 par le Dr N. \_\_\_\_\_ du Centre Médico-Chirurgical [...] à [...].

Par duplique du 4 septembre 2012, l'intimée maintient les conclusions à l'appui de son mémoire de réponse du 25 juin 2012. Elle rappelle le caractère tardif de la contestation de la recourante du 30 mars 2011 et répète que le traitement entrepris à l'étranger l'a été volontairement nonobstant le refus de son assureur-maladie.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-maladie (art. 1 al. 1 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, RS 832.10]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas

ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 LPGA), lequel se trouve être celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA).

La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**b)** Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée (art. 60 al. 1 LPGA), le recours a été déposé en temps utile; il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme.

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre une décision prise par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

**b)** Est litigieuse en l'espèce la prise en charge, par l'intimée, des frais liés à l'intervention chirurgicale pratiquée le 7 juillet 2009 en Allemagne. Il importe en premier lieu de déterminer d'une part, si le refus de prise en charge communiqué le 30 juin 2009 est entré en force faute de contestation de la part de la recourante dans les délais et, d'autre part, de déterminer si, dans l'affirmative, il y a matière en l'espèce à appliquer la disposition de l'art. 53 LPGA.

**3. a)** En vertu de l'art. 80 al. 1 LAMal, dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2003, les prestations d'assurance sont allouées selon la procédure simplifiée prévue par l'art. 51 LPGA. En dérogation à l'art. 49, al. 1, LPGA, cette règle s'applique également aux prestations importantes.

Selon l'art. 51 LPGA, les prestations, créances et injonctions qui ne sont pas visées à l'art. 49 al. 1 LPGA (disposition selon laquelle "l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord") peuvent être traitées selon une procédure simplifiée (al. 1). L'intéressé peut exiger qu'une décision soit rendue (al. 2). La loi ne précise pas dans quel laps de temps l'intéressé doit déclarer son désaccord avec le mode de règlement choisi par l'administration. Mais, d'après la jurisprudence, on contreviendrait aux principes de l'équité et de la sécurité du droit si l'on considérait comme sans importance, du point de vue juridique, une renonciation - expresse ou tacite - à des prestations. On peut en effet attendre de la personne qui n'admet pas une certaine solution, et qui entend voir statuer sur ses droits dans un acte administratif susceptible de recours, qu'elle fasse connaître son point de vue dans un délai d'examen et de réflexion convenable (ATF 126 V 23 consid. 4b; RAMA 1990 no K 835 p. 82 consid. 2a et les références; arrêt K 172/2004 du 13 mars 2006). Ainsi, selon la jurisprudence, l'octroi de prestations sans décision formelle par un assureur social - dans le cadre de la procédure simplifiée prévue par l'art. 51 LPGA - peut produire les mêmes effets qu'une décision entrée en force si l'assuré n'a pas, dans un délai d'examen et de réflexion convenable, manifesté son désaccord ou sa volonté de voir statuer sur ses droits dans un acte administratif susceptible de recours (ATF 122 V 367 consid. 3; TFA C 253/2006 du 6 novembre 2007, consid. 3.1).

Le Tribunal fédéral a ainsi considéré que, du moment que l'assuré avait contesté la décision informelle moins de 7 mois après, on pouvait retenir qu'il avait valablement manifesté son désaccord dans un délai admissible selon la jurisprudence (TFA C 12/2005 du 13 avril 2006, consid. 1.3 et K 113/2001 du 15 mars 2002 et les références citées).

Auparavant, dans un cas de versement de prestations qui n'avait pas fait l'objet d'une décision formelle, la Haute cour a considéré qu'il avait acquis force de chose décidée au moment où la caisse en avait demandé la restitution, soit près de cinq mois entre le moment du paiement des prestations et la demande de remboursement de la caisse (ATF 126 V 23 consid. 4c). Dans un arrêt plus récent du 12 mars 2008, le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que celui qui entend contester le refus (total ou partiel) de prestations communiqué à tort par l'assurance-accidents selon une procédure simplifiée, sans décision formelle, doit en principe le déclarer dans le délai d'une année. L'assureur doit alors rendre une décision formelle, contre laquelle la procédure d'opposition est ouverte. A défaut de réaction dans le délai utile, le refus entre en force comme si la procédure simplifiée prévue par l'art. 51 al. 1 LPGA avait été appliquée à juste titre (ATF 134 V 145 consid. 5).

**b)** En l'occurrence, par courrier simple du 30 juin 2009, l'assureur-maladie a indiqué à son assurée, son refus quant à la prise en charge des frais liés à son intervention chirurgicale prévue en Allemagne. L'assurée a toutefois subi l'opération en question le 7 juillet suivant. Ce n'est que dans un second temps, à savoir le 30 mars 2011, qu'elle en a informé l'intimée ainsi que du fait qu'elle en demandait la prise en charge. Il s'est par conséquent écoulé un délai de plus de vingt et un mois entre le refus total de prestations communiqué par l'assurance-accidents selon une procédure simplifiée et la manifestation de son désaccord par la recourante contre ce mode de règlement. La réaction de l'assurée est largement tardive à l'aune des délais d'examen et de réflexion convenable en la matière définis par la jurisprudence (cf. consid. 3a supra). Considérant que le courrier simple de refus adressé le 30 juin 2009 par l'intimée l'a été en conformité avec les dispositions topiques, à savoir l'art. 51 al. 1 LPGA sur renvoi de l'art. 80 LAMal lequel prévoit en particulier son application aux prestations importantes, ceci en dérogation à l'art. 49 al. 1 LPGA, vu l'absence de contestation de la part de la recourante à son encontre dans le délai utile, il s'ensuit que cette décision de refus de prise en charge est entrée en force dans l'intervalle. Dès lors que la recourante n'a pas manifesté son désaccord dans le délai utile, il ne lui est pas permis

de se plaindre ensuite du fait de l'absence de notification d'une décision formelle sujette à opposition. Si tel était effectivement sa volonté, on saisit mal pour quels motifs la recourante n'a pas exigé une telle décision à réception du courrier simple de refus du 30 juin 2009 (cf. art. 51 al. 2 LPGA).

Au vu de ce qui précède, la Cour retient que malgré la décision de refus du 30 juin 2009 entrée en force signifiée à la recourante, cette dernière a entrepris de suivre un traitement médical le 7 juillet suivant en Allemagne.

A ce stade, il reste à déterminer si comme elle le soutient, la recourante ne pouvait de toute manière pas contester le refus du 30 juin 2009, puisqu'elle attendait d'obtenir la preuve du succès de l'intervention chirurgicale pratiquée le 7 juillet 2009 par une IRM attestant de son efficacité mais qui ne pouvait être réalisée que douze mois après l'opération, soit au-delà du délai de réflexion convenable. Il s'agit en d'autres termes de déterminer si la recourante est fondée à se prévaloir d'un motif de révision, voire de reconsidération, de la décision de refus du 30 juin 2009, conformément à l'art. 53 al. 1 et 2 LPGA.

**4. a)** Aux termes de l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve de nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant.

**aa)** La notion de fait ou moyen de preuve nouveau s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative (art. 53 al. 1 LPGA) ou d'un jugement cantonal (art. 61 let. i LPGA). Sont «nouveaux» au sens de ces dispositions les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. La nouveauté se rapporte ainsi à la découverte du fait, et non au fait lui-même. En outre, les faits

nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base du jugement entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers (ATF 127 V 353 consid. 5b et les références ; cf. également Ferrari, in Corboz/Wurzbürger/Ferrari/Frésard/Girardin, Commentaire de la LTF, Berne 2009, n° 16 ss, 20 ss ad art. 123).

**bb)** S'agissant des délais applicables en matière de révision, l'art. 53 al. 1 LPGA n'en prévoit pas. Sont dès lors déterminants les délais applicables à la révision de décisions rendues sur recours par une autorité soumise à la procédure administrative (art. 67 al. 1 et 2 PA [loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021]). Cette réglementation constitue non seulement un principe général (RAMA 1994 n° U 191 p. 146 consid. 3a), mais elle s'applique en vertu du renvoi contenu à l'art. 55 al. 1 LPGA (Kieser, ATSG-Kommentar, Zurich/Bâle/Genève 2009, n° 23 ad art. 53). Aux termes de l'art. 67 al. 1 PA, dans sa version en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2007, la demande de révision doit être adressée par écrit à l'autorité de recours dans les nonante jours dès la découverte du motif de révision, mais au plus tard dans les dix ans dès la notification de la décision sur recours.

**cc)** En l'espèce, le rapport IRM du 29 juillet 2010 du Dr R. \_\_\_\_\_ produit par pli chargé du 24 novembre 2011, est invoqué en tant que preuve de la découverte d'un fait nouveau par la recourante d'abord à l'appui de son opposition du 26 janvier 2012, puis dans son acte de recours du 7 mai 2012. Dans ces conditions, on constate que le rapport IRM en question a été porté à la connaissance de l'intimée postérieurement au délai de nonante jours dont la recourante disposait pour invoquer l'existence d'un motif de révision. En présentant sa

demande de révision procédurale uniquement en date du 26 janvier 2012, soit environ quelques seize mois après avoir eu connaissance du rapport IRM établi par le Dr R. \_\_\_\_\_, la recourante n'a pas agi en se conformant au délai prévu à l'art. 67 al. 1 PA (cf. consid. 4 a/bb supra). Partant, le grief de demande de révision formulé dans l'opposition du 26 janvier 2012 l'a été tardivement de sorte qu'il convient déjà pour ce motif, de rejeter le grief de la révision procédurale avancé par la recourante.

Par surabondance, il sied de relever que l'IRM du 29 juillet 2010 ne saurait constituer un "fait ou un moyen de preuve nouveau important" au sens de l'art. 53 al. 1 LPGa. Les parties au présent litige avaient effectivement connaissance de l'opération projetée en Allemagne, laquelle fait précisément l'objet du refus de prise en charge du 30 juin 2009. La Cour ne voit dès lors pas en quoi le rapport d'IRM précité puisse être de nature à modifier l'état de fait à la base de la décision de refus du 30 juin 2009 et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. En effet, le succès d'une telle intervention n'est pas une condition de sa prise en charge.

**b)** Selon l'art. 53 al. 2 LPGa, l'assureur peut revenir sur les décisions formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable.

Selon la jurisprudence, l'administration n'est pas tenue de reconsidérer les décisions qui remplissent les conditions fixées; elle en a simplement la faculté et ni l'assuré ni le juge ne peuvent l'y contraindre. Le corollaire en est que les décisions portant sur un refus d'entrer en matière sur une demande de reconsidération ne peuvent pas faire l'objet d'un contrôle en justice (ATF 133 V 50 consid. 4.1, 119 V 475 consid. 1b/cc, 117 V 8 consid. 2a; TF 9C\_447/2007 du 10 juillet 2008, consid. 1; Kieser, ATSG-Kommentar, 2<sup>ème</sup> éd., n°44 ad art. 53). Une administration refuse d'entrer en matière sur une demande de reconsidération lorsqu'elle se borne à procéder à un examen sommaire de la requête et répète les motifs invoqués dans la décision initiale (ATF 117 V 8 consid. 2b/aa, TF 8C\_866/2009 du 27 avril 2010, consid. 2.2).

**aa)** Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3 et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits; un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 119 V 410 consid. 3a; 117 V 8 consid. 2c; 115 V 308 consid. 4a/cc).

Pour pouvoir qualifier une décision de manifestement erronée, il ne suffit pas que l'assureur social ou le juge, en réexaminant l'un ou l'autre aspect du droit à la prestation d'assurance, procède simplement à une appréciation différente de celle qui avait été effectuée à l'époque et qui était, en soi, soutenable; le caractère inexact de l'appréciation doit bien plutôt résulter de l'ignorance ou de l'absence - à l'époque - de preuves de fait essentiels (TF 9C\_659/2009 du 12 février 2010 consid. 2.2 et 3.2). S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (cf. TF 9C\_709/2012 du 27 novembre 2012 consid. 2.1 et les références citées).

**bb)** Dans le cas présent, l'intimée n'est pas entrée en matière sur la demande de reconsidération. Même si tel était le cas, les conditions de celle-ci ne seraient pas réunies dès lors que comme rappelé ci-dessus, l'intimée a refusé de prendre en charge l'intervention pratiquée en Allemagne et que l'amélioration consécutive de l'état de santé de la recourante n'est pas un élément susceptible de modifier cette décision.

**5. a)** Il s'ensuit que la décision attaquée doit être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours.

**b)** La procédure étant gratuite, il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens vu l'issue du litige (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision sur opposition rendue le 19 avril 2012 par E. \_\_\_\_\_ Assurance maladie et accident est confirmée.
  
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat-conseil de l'Assuas (pour A. \_\_\_\_\_),
- E. \_\_\_\_\_ Assurance maladie et accident,
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral, RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :