

S2 15 18

JUGEMENT DU 23 DÉCEMBRE 2016

**Tribunal cantonal du Valais
Cour des assurances sociales**

Composition : Eve-Marie Dayer-Schmid, présidente ; Jean-Bernard Fournier et
Christophe Joris, juges ; Véronique Largey, greffière

en la cause

X_____, recourante, représentée par Maître M_____

contre

Y_____ SA, intimée

(art. 34 al. 2 et 49 al. 2 LAMal, art. 36 al. 2 et 4 OAMal ; traitement d'urgence à
l'étranger, tarification des prestations hospitalières en soins somatiques)

Faits

A. A_____, né le 11 octobre 1930, domicilié en 2013 à B_____, bénéficiait cette année-là de la couverture pour l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie) auprès de Y_____ SA. Le risque d'accident y était inclus et la franchise annuelle s'élevait à 1500 francs. A_____ avait en outre conclu avec Y_____ SA une assurance « C_____ » soumise à la LCA (loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance) couvrant les risques de maladie et d'accident jusqu'à 100 000 fr. (pièce 1 du dossier déposé par Y_____ SA, d'où toutes les pièces mentionnées ci-dessous sont, sauf indication contraire, tirées).

Le 30 avril 2013, le Dr D_____, gastroentérologue au « E_____ » a établi un rapport. Il y a indiqué que le jour même, A_____ l'avait consulté en raison de difficultés à avaler des aliments solides et d'une péjoration de la capacité d'absorption par voie orale, entraînant une lente perte de poids. Ce spécialiste a précisé qu'un an auparavant, il avait pratiqué sur ce patient une endoscopie qui avait montré un rétrécissement de l'œsophage en sa partie inférieure et la présence de varices de grade I. Au vu de la diminution de la capacité d'absorption et de la détérioration de l'état général du patient, le Dr D_____ a recommandé une alimentation par intubation dans l'estomac à effectuer dans le cadre d'une intervention radiologique, en raison de l'œsophage rétréci et des varices. Il a ajouté enfin que le patient venait de F_____, que ce traitement devait être effectué dès que possible en F_____ et que A_____ était apte à voyager sur un vol commercial, de préférence en classe « business », avec son épouse et son infirmière personnelle (pièce 4).

Selon un document daté du 30 avril 2013, les frais du « E_____ » ont été estimés à 5700 dollars G_____ et un dépôt du même montant a été réglé à titre d'avance le 1^{er} mai 2013. Le 1^{er} mai 2013 également, un montant de 6020.37 dollars G_____ a été versé à cet hôpital au moyen de la carte de crédit de X_____, épouse de l'assuré (pièce 5).

Y_____ SA a, par courriels des 2 et 22 mai 2013, refusé de prendre en charge le rapatriement de l'assuré, au motif que celui-ci pouvait voyager et qu'il souffrait de complications de maladies préexistantes, encore en cours et non consolidées. Cette

assurance a également garanti la prise en charge des frais hospitaliers à hauteur de 9060 fr. 70 (pièces 6 et 7).

Le 21 juin 2013, X_____ a écrit à Y_____ SA que son époux était décédé le 15 juin précédent en F_____, à la Clinique H_____ à I_____, où il avait séjourné pendant dix-neuf jours « pour un coût 0 ». Elle a mentionné en outre que quelques années auparavant, des amis proches vivant au G_____ avaient recommandé le Dr D_____ à son mari et que ce médecin l'avait examiné deux ans plus tôt pour une hernie hiatale occasionnant des régurgitations. Elle a expliqué également qu'elle et son époux s'étaient rendus pour quelques jours au G_____ en avril dernier, que son mari n'avait alors plus pu boire ni manger pendant quarante-huit heures, que le Dr D_____ consulté sur place avait préconisé la pose d'un tuyau pour alimenter le patient directement par l'estomac, qu'il n'était toutefois pas équipé pour ce type d'intervention par radiologie au G_____ et que ce médecin avait certes jugé le patient apte à être transporté en classe « business » d'une compagnie d'aviation commerciale, sans toutefois avoir conscience que le trajet du G_____ à J_____ durait vingt-quatre heures avec trois transits. X_____ a relevé en outre que Y_____ SA avait mis quarante-huit heures avant de refuser la prise en charge du rapatriement de son mari, que celui-ci, à quatre-vingt-deux ans, était resté pendant ce temps-là sous glucose, que n'étant plus en état de supporter sans assistance médicale le voyage jusqu'en F_____, dont il était ressortissant et où il aurait été pris en charge à 100% contrairement à une hospitalisation à K_____, son époux avait été transporté à la « Clinique L_____ » à N_____ en O_____, près de K_____, et qu'elle-même avait demandé à cette clinique de reconsidérer les montants facturés qui s'élevaient à 88 000 dollars environ. Elle a requis enfin de Y_____ SA le règlement des factures de ladite clinique (pièce 8).

Le 4 juin 2013, la « Clinique L_____ » a émis une facture pour des soins prodigués entre le 2 et le 17 mai 2013 à hauteur de 52 617.85 dollars P_____. Le 4 août suivant, cette clinique a établi une autre facture d'un total de 76 428.45 dollars relative aux mêmes dates de traitement, soit une somme précédemment facturée de 52 702.85 dollars et de nouveaux frais de 28 609.60 dollars, sous déduction d'un montant acquitté de 4884 dollars (annexes à la pièce 8).

Dans un décompte de prestations du 30 août 2013, Y_____ SA a précisé que le montant de 5411 fr., correspondant au devis du « E_____ » du 30 avril 2013 à

hauteur 5700 dollars, n'était pas reconnu ni pris en charge par l'assurance-maladie (pièce 9).

En date du 6 septembre 2013, cette assurance a établi un second décompte de prestations, en relation avec le traitement dispensé du 2 au 22 mai 2013 à la « Clinique L_____ » pour un coût total de 76 428.45 dollars P_____ ou 71 024 fr. 95. Il y était précisé que le montant reconnu au titre de l'assurance obligatoire des soins était de 9060 fr. 70, dont il fallait déduire la taxe journalière de 315 fr., la franchise de 1500 fr. et la quote-part maximale de 700 fr., que le montant finalement pris en charge correspondait à 6545 fr. 70 et que le solde de 64 479 fr. 25, comportant le montant non reconnu de 61 964 fr. 25, demeurait à la charge de l'assuré (pièce 10).

Les 7 octobre, 3, 11 et 23 décembre 2013 puis 28 janvier et 7 février 2014, X_____, représentée par Q_____ SA (ci-après : la Q_____), a requis de Y_____ SA copie du dossier de son mari ainsi que des explications au sujet du montant pris en charge (pièces 12, 14, 15, 16, 17 et 18).

Y_____ SA a répondu dans un courrier électronique du 11 février 2014 qu'en relation avec la facture de 76 428.45 dollars, soit de 71 024 fr. 95, sa prise en charge était fondée sur le tarif de référence du canton de résidence de l'assuré, à savoir le Valais, qu'en 2013, ce tarif correspondait à 4530 fr. 35, qu'en vertu de l'article 36 OAMal, les traitements effectués en cas d'urgence à l'étranger étaient remboursés jusqu'à concurrence du double du montant qui aurait été payé si ceux-ci avaient eu lieu en Suisse et qu'en conséquence, elle était intervenue à hauteur de 9060 fr. 70 (pièce 20).

Sur demande formulée le lendemain par X_____ (pièce 20), Y_____ SA a ajouté le 18 février 2014 puis confirmé le 28 février suivant que le tarif en question était transmis par la société R_____ SA à S_____ et qu'afin de procéder à un nouveau calcul, elle devait être en possession d'un rapport de sortie et d'un rapport médical établis par l'hôpital en question (pièces 21 et 23).

Par courrier du 6 mai 2014, X_____ a contesté le fait que la couverture de l'assurance complémentaire « C_____ » ait été refusée au motif de « maladies déjà en traitement et non consolidées au moment du départ » (pièce 24). Deux pièces médicales étaient annexées à ce courrier, à savoir :

- Un certificat établi le 21 novembre 2013, dans lequel le Dr D_____ a exposé qu'au vu de la situation, il avait estimé plus sûr de faire placer le tube

d'alimentation directement par un radiologue plutôt que de le faire passer dans l'œsophage, qu'une telle intervention radiologique ne pouvait être pratiquée au G_____ et qu'ainsi, il avait recommandé de transférer le patient à K_____ pour procéder d'urgence à cette intervention car l'état nutritionnel de celui-ci se détériorait rapidement.

- Des réponses données à la Q_____, le 29 avril 2014, par le Dr T_____, médecin traitant de A_____. Ce médecin a indiqué qu'avant mai 2013, son patient souffrait d'une encéphalopathie dégénérative avec Parkinsonisme invalidant et troubles frontaux de la marche, d'une cardiopathie arythmique avec pose d'un « pacemaker » en juin 2011, d'un diabète insulino-dépendant depuis 2009 ainsi que d'une insuffisance rénale chronique et d'une cirrhose hépatique avec ascite, ancytopénie et troubles de la crase et électrolytiques et qu'à sa connaissance, l'état de santé du patient était stabilisé (consolidé) à sa dernière consultation du 1^{er} octobre 2012. Il a ajouté que A_____ avait été hospitalisé par le Dr D_____ en raison d'une dénutrition, pour pose d'une gastrostomie, mais que les médecins hospitaliers avaient préféré une renutrition par voie veineuse. Il a relevé également que le rapport hospitalier en sa possession énumérait les diagnostics principaux de dénutrition en relation avec une maladie de Parkinson et une cirrhose hépatique ainsi que de dysphagie oropharyngée et de rétrécissement oesophagien, de même que les diagnostics secondaires de diabète de type II, d'hyponatrémie, de maladie de Parkinson et de cirrhose avec hypertension portale. Le Dr T_____ a expliqué que, toujours selon ce rapport, le patient avait présenté une dénutrition sévère d'apparition rapide causée par une décompensation des affections qu'il présentait, en premier lieu la maladie de Parkinson et la cirrhose hépatique, que lui-même comprenait la raison de l'hospitalisation comme une baisse brutale de l'état général en raison de la dénutrition plus que comme une décompensation particulière de l'une ou l'autre des dites affections, que cette appréciation était confirmée par le traitement instauré, à savoir une renutrition et non des soins spécifiques à l'une ou l'autre des affections en question et que les complications y relatives, bien connues des médecins, n'étaient pas prévisibles en temps et en importance.

Dans un courrier du 18 juin 2014, Y_____ SA a rappelé la teneur de l'article 36 alinéa 2 OAMal et refusé de rembourser les frais médicaux dépassant le tarif appliqué.

L'assurance a en outre refusé la couverture du cas via l'assurance « C_____ » (pièce 27).

B. Par décision du 9 septembre 2014, Y_____ SA a refusé de prendre en charge le dépassement tarifaire de 61 964 fr. 25 ressortant du décompte de prestations du 6 septembre 2013. Cette assurance a exposé qu'en ce qui concernait les hospitalisations d'urgence à l'étranger, elle devait se baser sur le forfait SwissDRG transmis par la société R_____ SA à S_____, que pour l'année 2013, ce tarif était de 4530 fr. 35, soit de 9060 fr. 70 pour les cas d'urgence à l'étranger et que selon ses informations, le remboursement portant sur la facture de 71 024 fr. 95 avait été effectué sur la base du tarif de référence applicable en Valais.

Y_____ SA a encore précisé par lettre du 18 septembre suivant que le forfait SwissDRG communiqué par la société R_____ SA l'était pour chaque canton, indépendamment du nombre de jours d'hospitalisation ou du diagnostic et qu'il ne s'agissait donc pas d'un calcul établi par elle (pièce 33).

Le 10 octobre 2014, X_____, désormais représentée par Me M_____, s'est opposée à la décision du 9 septembre 2014. Elle a invoqué que cette décision ne répondait pas aux exigences de motivation posées à l'article 49 alinéa 3 LPGA, en soulignant que Y_____ SA s'y était bornée à énoncer un montant forfaitaire SwissDRG de 4530 fr. 35 transmis par la société R_____ SA, sans donner d'explication sur la manière dont ce forfait était établi et transmis ni sur la justification, dans les cas d'urgence à l'étranger, des déductions de la taxe journalière, de la franchise et de la quote-part. Elle a ajouté que d'après les informations recherchées auprès du Service central des tarifs médicaux LAA, la classification d'un cas dans le système DRG se fondait sur différentes informations, à savoir les diagnostics, les interventions chirurgicales, l'âge, le sexe, le mode de sortie et les heures de respiration artificielle, que le montant de 4530 fr. 45 n'apparaissait pas tel quel dans le catalogue des forfaits par cas applicable à la date de traitement de A_____ et que le traitement effectué au G_____ n'avait probablement pas été pris en compte.

Par décision du 26 janvier 2015, Y_____ SA a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 9 septembre précédent, en reprenant les informations données dans cette dernière décision.

C. En date du 26 février 2015, X_____, en sa qualité d'unique héritière de feu A_____ selon le certificat d'héritier établi le 16 janvier 2014 par le Juge de la commune de U_____ (pièce 5 de la recourante), a interjeté recours céans contre

cette décision en concluant, sous suite de dépens, à sa modification dans le sens des considérants. Elle a allégué que son époux avait été hospitalisé à trois reprises, une fois au G_____ et deux fois à la « Clinique L_____ » en O_____, la première fois du 2 au 9 mai 2013 et la seconde du 13 au 22 mai 2013, et que Y_____ SA ne pouvait ainsi tenir compte que d'une seule et unique hospitalisation. Elle a fait valoir au surplus les mêmes arguments que ceux avancés dans son opposition du 10 octobre précédent. A l'appui de son recours, elle a requis son audition et notamment déposé, sous la pièce 4, deux documents émanant de la « Clinique L_____ », soit :

- Un courrier du 28 octobre 2013, lequel faisait état d'un séjour de A_____ du 2 au 9 mai 2013 pour un montant de 28 609.60 dollars puis d'un séjour du 13 au 22 mai 2013 pour un montant de 47 818.85 dollars.
- Une liste, portant la date du 25 novembre 2013, du détail des coûts de 76 428.45 dollars au total.

Dans sa réponse du 8 mai 2015, Y_____ SA a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision sur opposition. L'intimée a relevé que le 30 avril 2013, le Dr D_____ avait estimé que A_____ pouvait voyager, qu'il n'avait donc retenu aucune contre-indication médicale à un retour en Suisse, que la condition de l'urgence prévue à l'article 36 OAMal n'était donc pas remplie et qu'elle-même avait refusé la prise en charge d'un rapatriement pour ce motif. Elle a souligné en outre qu'aucune preuve d'une hospitalisation au G_____ ne lui avait été fournie, que le document transmis par X_____ n'était pas une facture mais un dépôt de garantie pour une hospitalisation qui n'avait vraisemblablement pas eu lieu, puisque le Dr D_____ avait précisé que l'intervention préconisée ne pouvait être pratiquée au G_____, et que la recourante n'avait d'ailleurs pas demandé la prise en charge de cette prétendue hospitalisation. Y_____ SA a également rappelé les bases légales relatives à la participation des assurés aux coûts des prestations dont ils bénéficiaient, par le biais d'une franchise, d'une quote-part de 10% des coûts dépassant la franchise mais d'un montant maximal de 700 fr. par an pour les adultes ainsi que d'une contribution de 15 fr. par jour aux frais de séjour hospitalier. Se référant enfin à l'article 41 alinéa 1bis LAMal et à une décision du Conseil d'Etat valaisan du 16 janvier 2013 concernant le financement des traitements hospitaliers dans un autre canton que le canton de résidence, elle a exposé que dans ces cas, la structure tarifaire applicable était celle du SwissDRG qui prévoyait en 2013 une prise en charge des soins aigus hors canton à hauteur de 9639 fr., que la participation du canton de

résidence à ces soins s'élevait à 53% pour l'année 2013 et celle de l'assureur à 47%, soit à 4530 fr. 35, et qu'en application de l'article 36 alinéa 4 OAMal, la prise en charge finale du traitement stationnaire à l'étranger correspondait ainsi au double de ce montant, à savoir 9060 fr. 70, réduit des déductions légales susmentionnées. L'intimée a encore précisé que les factures transmises ne faisaient pas état de deux séjours à la « Clinique L_____ », que selon le SwissDRG, les cas d'hospitalisation étaient de toute manière regroupés, notamment lorsqu'il y avait réadmission dans les dix-huit jours après la sortie de l'hôpital, qu'elle avait informé la recourante à plusieurs reprises de la possibilité de procéder, en cas de désaccord avec le tarif, à un nouveau calcul sur la base d'un rapport de sortie et d'un rapport médical de l'hôpital mais que de tels rapports ne lui étaient jamais parvenus.

La recourante a argué dans son écriture du 3 juin 2015 que se trouvant pendant quelques jours chez des amis au G_____, son mari avait soudainement eu des difficultés à déglutir, boire et manger, que c'était cette situation critique d'état de dénutrition et d'affaiblissement général et imprévu, et non la pose d'un tube d'alimentation, qui avait créé un besoin urgent de recevoir un traitement médical dans le cadre d'une hospitalisation au « E_____ », que la pose de ce tube était seulement apparue comme une possibilité de traitement, et non comme une fin en soi, qu'une intervention de ce type n'avait d'ailleurs pas été pratiquée lors de cette hospitalisation au G_____ et que celle-ci constituait un cas d'urgence au sens de l'article 36 alinéa 2 OAMal. Elle a admis que le document établi le 30 avril 2013 par cet hôpital était un devis, que le montant correspondant devait toutefois être payé en garantie avant l'admission dans l'hôpital, que le versement du dépôt de 5700 dollars G_____ avait été effectué le 30 avril 2013 et qu'un montant de 6020.37 dollars G_____ avait été payé par elle, le 1^{er} mai 2013, à la suite de l'hospitalisation de son époux au « E_____ ». Elle en a déduit que ces coûts nécessités par une situation d'urgence devaient être pris en charge par l'assurance obligatoire des soins, au sens de l'article 36 alinéa 2 OAMal. Elle a reconnu au surplus que le Dr D_____ avait, dans un premier temps, estimé le patient apte à voyager sur un vol commercial, avec sa femme et son infirmière personnelle, qu'elle s'était donc empressée d'organiser le départ de celui-ci en contactant notamment Y_____ SA pour obtenir un rapatriement ou du moins de l'aide pour acquérir des billets d'avion au plus vite, que face à la réponse négative de cette assurance après quarante-huit heures, l'impossibilité de trouver rapidement des billets de retour, la durée du trajet entre le G_____ et la Suisse de vingt-quatre heures environ avec au moins deux escales et la brusque détérioration de l'état de santé de son mari rendant son transport

jusqu'en Europe impossible, le Dr D_____ avait alors recommandé de transférer le patient à K_____ afin de faire poser urgemment ce tube d'alimentation et qu'il s'agissait à nouveau d'un cas d'urgence selon l'article 36 alinéa 2 OAMal. Se référant à deux autres documents établis par la « Clinique L_____ » (pièces 14 et 15 de la recourante), X_____ a expliqué que son époux y avait alors été admis le 2 mai 2013, qu'il n'avait finalement pas bénéficié de la pose d'un tube d'alimentation, qu'il avait en revanche été alimenté par intraveineuse, que ce traitement répondait pleinement aux critères d'efficacité et d'économicité mais aussi et surtout à l'urgence d'un traitement et que cette hospitalisation avait duré jusqu'au 9 mai 2013, date à laquelle A_____ avait pu quitter cette clinique. La recourante a précisé que par la suite, celui-ci avait soudainement eu de grandes difficultés à respirer, qu'il avait alors été réadmis à la « Clinique L_____ » le 13 mai 2013 en raison de troubles respiratoires et d'infections, qu'il y avait séjourné jusqu'au 22 mai 2013 et que ces diagnostics différents du précédent, qui avaient nécessité des soins, constituaient une nouvelle situation d'urgence au sens de l'article 36 alinéa 2 OAMal. Elle a conclu que son mari, alors qu'il se trouvait à l'étranger, avait été hospitalisé à trois reprises, en raison de la nécessité de traitements médicaux urgents et que, contrairement au point de vue de l'intimée, les admissions dans des hôpitaux différents et/ou pour des diagnostics distincts ne permettaient pas de regrouper les cas mais exigeaient la prise en compte d'un nouveau cas à chaque fois, selon les règles et définitions du SwissDRG pour la facturation des cas, produites sous la pièce 16. Etaient également annexés à cette écriture :

- Un document rapportant les constatations faites lors de l'arrivée de A_____ en urgence à la « Clinique L_____ » le 2 mai 2013 : plaintes, symptômes, anamnèse : difficultés à avaler depuis cinq jours, faiblesse, dysphagie apparue soudainement cinq jours plus tôt, le problème s'est aggravé peu à peu, patient envoyé depuis le G_____ pour la pose d'un tube par gastrostomie car il s'affaiblit de plus en plus, il est sous intraveineuse placée deux jours plus tôt au G_____ ; examen du système respiratoire et gastro-intestinal sans particularité ; patient apparaissant indolent et cachectique ; examen de la bouche et de la gorge : oropharynx dégagé et humide ; examen pulmonaire et des voies respiratoires : effort normal et respiration semblant normale ; traitement administré le 2 mai 2013 : dextrose, chlorure de sodium et famotidine en intraveineuse, héparine et insuline de manière sous-cutanée (pièce 14 de la recourante).

- Un autre rapport faisant état des informations recueillies à l'arrivée de A_____ en urgence à la « Clinique L_____ » le 13 mai 2013 : plaintes, symptômes, anamnèse : difficultés à respirer, souffle court par le nez récemment, état normal de confusion, nouveau problème survenu une à deux heures plus tôt, continu, s'améliorant peu à peu, avec sifflements et orthopnée, pas de fièvre, ni rhinorrhée, ni maux de gorge, ni toux, ni vomissements, ni gonflements des jambes ; patient sous traitement médicamenteux chez lui, qui n'apporte pas de soulagement, hospitalisations antérieures ; patient apparaissant bien développé, léthargique, malade ; examen du nez : normal, examen de la bouche et de la gorge : oropharynx dégagé et humide ; examen cardio-vasculaire : rythme régulier, pouls intact, tachycardie et souffle cardiaque ; examen pulmonaire et des voies respiratoires : effort normal, sons respiratoires diminués, pas de sifflements, râles ; traitement administré les 13 et 14 mai 2013 : chlorure de sodium et de potassium, halopéridol lactate et potassium chloride en intraveineuse ; consultation pour maladies infectieuses le 16 mai 2013, en vue de traiter une candidose et une bactériémie staphylocoque ; TPN (« total parenteral nutrition »), fluconazole, vancomycine, dextrose, famotidine en intraveineuse, héparine et insuline de manière sous-cutanée (pièce 15 de la recourante).

En date du 29 juin 2015, l'intimée a répété qu'aucune preuve d'une hospitalisation au G_____ n'avait été rapportée et qu'il n'y avait pas en l'espèce de cas d'urgence. Elle s'est étonnée du fait que le Dr D_____ ait mentionné en novembre 2013 seulement, soit après qu'elle-même eût limité la prise en charge du cas, sa recommandation d'un transfert dans un hôpital aux P_____ pour la pose en urgence d'un tube d'alimentation, que l'état de santé de l'assuré n'ait finalement justifié qu'un traitement par intraveineuse et que celui-ci n'ait même pas tenté de rentrer en Suisse entre les hospitalisations à la « Clinique L_____ », trajet qui était alors exigible de sa part. Elle a rappelé qu'elle avait uniquement garanti un montant de 9060 fr. 70 pour la prise en charge des frais hospitaliers à la « Clinique L_____ », qu'elle s'était fondée sur le tarif de référence pour une hospitalisation en Suisse et que les nouvelles pièces transmises par la recourante ne permettaient pas de procéder à une tarification selon SwissDRG car toutes les procédures instaurées n'y étaient pas indiquées. Elle a relevé à cet égard qu'elle avait pourtant demandé la transmission d'un rapport de sortie et d'un rapport médical afin de procéder éventuellement à un nouveau calcul mais que ces pièces ne lui avaient jamais été fournies.

En date du 17 août 2015, la recourante a encore souligné que son mari avait bel et bien été hospitalisé au G_____, qu'il n'avait pas été rapatrié en F_____ parce que Y_____ SA n'avait pas pris ce rapatriement en charge, qu'entre les deux hospitalisations dans cette clinique, soit durant trois jours, l'état de santé de son époux était trop faible pour permettre son retour dans de bonnes conditions et qu'au vu de l'ampleur des factures d'hospitalisation, elle doutait que seule la pose d'une intraveineuse ait été pratiquée.

X_____ a déposé en annexe à sa détermination toutes les pièces en sa possession provenant de la « Clinique L_____ », lesquelles comportaient bon nombre de documents déjà transmis en procédure administrative ou judiciaire. Il ressort notamment des conclusions de l'examen anamnestique et clinique effectué le 4 mai 2013 - figurant parmi ces pièces - que la cirrhose et les ascites présentes chez le patient faisaient apparaître une intervention chirurgicale comme extrêmement risquée.

Etaient également joints à cette écriture deux courriels respectivement adressés par le Dr T_____ à la Q_____ les 21 et 29 avril 2014. Ce médecin a répondu qu'en rapport avec la pathologie ayant justifié les soins aux P_____, il ne retrouvait dans son dossier que deux événements datant de la fin août 2012, à savoir une toux trachéale sur micro-aspirations dans le contexte de dysphagie parkinsonienne et de renvois oesophagiens douloureux, que les médecins de l'hôpital n'avaient pas procédé à une gastrostomie mais à une renutrition par voie veineuse, que le document hospitalier de mai 2013 retenait comme diagnostics principaux une dénutrition en relation avec une maladie de Parkinson et une cirrhose hépatique ainsi qu'une dysphagie oropharyngée et un rétrécissement oesophagien, que ces affections préexistantes avaient entraîné cette dénutrition mais que celle-ci devait effectivement être considérée comme une complication non prévisible au moment du départ en voyage.

Par courrier du 9 octobre 2015, Y_____ SA a précisé que sur la base des dernières pièces produites par la recourante, elle avait été en mesure de recalculer les prestations en application du tarif SwissDRG K60B, qu'en conséquence, si A_____ avait dû être hospitalisé à V_____, elle aurait participé à la prise en charge des coûts à hauteur de 47%, ce qui correspondait à 4971 fr. 85, que ce montant devait être doublé en application de l'article 36 OAMal et que l'assuré avait donc droit au résultat de 9943 fr. 70, sous déduction des 9060 fr. 70 déjà pris en charge et sur lesquels les différentes participations à charge de l'assuré avaient déjà été prélevées, soit finalement au montant supplémentaire de 883 francs. Elle a ajouté

que selon les règles SwissDRG, les deux hospitalisations à la « Clinique L_____ » à moins de dix-huit jours d'intervalle et pour la même catégorie majeure de diagnostic ou MDC, à savoir la MDC 10 « maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques », pouvaient faire l'objet d'un regroupement en un seul cas facturé comme tel. L'intimée a transmis ceans les extraits topiques du SwissDRG le 12 octobre suivant.

Le 27 octobre 2015, la recourante a maintenu ses conclusions. Elle a demandé l'examen de l'applicabilité du SwissDRG au cas d'espèce, de la distinction entre les trois hospitalisations, la troisième étant également due à un problème de staphylocoques, de la classification de chaque cas d'hospitalisation sous les MDC et DRG corrects et de la validité des tarifs pour le DRG finalement retenu.

L'échange d'écritures a été clos le lendemain.

Par ordonnance du 14 octobre 2016, la Cour a requis de Y_____ SA la communication d'une tarification selon le système SwissDRG pour une hospitalisation d'urgence en Valais, du 30 avril au 9 mai 2013, d'un homme né le 11 octobre 1930, en vue d'une renutrition par voie intraveineuse notamment justifiée par le diagnostic principal de dénutrition en relation avec une maladie de Parkinson et, séparément, d'une tarification selon le système SwissDRG pour une hospitalisation d'urgence en Valais, du 13 au 22 mai 2013, d'un homme né le 11 octobre 1930 pour cause de troubles respiratoires puis d'une candidose et d'une bactériémie staphylocoque.

Le 7 novembre 2016, l'intimée a transmis à la Cour une tarification selon le système SwissDRG pour une hospitalisation d'urgence en Valais du 2 au 9 mai 2013 puis du 13 au 22 mai 2013. Elle a ajouté que la première hospitalisation aux P_____ avait eu lieu du 2 au 9 mai 2013, que le 30 avril 2013, l'assuré était au G_____ et qu'elle ne disposait d'aucune facture justifiant une hospitalisation le 30 avril 2013. Elle a fait valoir également que la demande de tarification selon des diagnostics principaux et secondaires allait à l'encontre des règles de codages du SwissDRG, lesquelles exigeaient un seul diagnostic principal motivant une hospitalisation, que les troubles respiratoires indiqués à titre de diagnostic principal pour la tarification de la deuxième hospitalisation du 13 au 22 mai 2013 ne constituaient pas un diagnostic mais un symptôme, qu'ainsi, le code relatif aux varices oesophagiennes avait été choisi en tant que cause principale parmi les nombreux problèmes médicaux présentés par l'assuré, étant donné que celles-ci pouvaient provoquer des troubles respiratoires, mais qu'il ne s'agissait là que d'une supposition. Y_____ SA a relevé enfin que si l'assuré avait

été hospitalisé en Suisse pour ces mêmes problèmes, les règles de codage du SwissDRG auraient imposé un seul DRG pour les deux hospitalisations, intervenues dans le même établissement à moins de dix-huit jours d'intervalle. Elle a conclu que des tarifications exposées, il convenait de prendre en considération uniquement la première, qui comprenait les deux hospitalisations.

Etaient jointes à cette détermination une tarification selon SwissDRG K60B, à hauteur de 4969 fr. 31, pour une hospitalisation de huit jours du 2 au 9 mai 2013 - la durée moyenne de séjour étant de treize jours - sous la catégorie diagnostique MDC 10 « maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques » et une autre selon SwissDRG H60Z, H61A et H61B, équivalant à 7773 fr. 10, pour une hospitalisation de dix jours du 13 au 22 mai 2013 sous la catégorie diagnostique MDC 07 « maladies et troubles du système hépatobiliaire et du pancréas », laquelle comportait notamment les diagnostics de cirrhose biliaire, de varices oesophagiennes et gastriques, de pneumopathie due à des staphylocoques, d'infection bactérienne et de candidose.

En date du 8 novembre suivant, la Cour a exigé de Y_____ SA le dépôt de la tarification demandée pour une hospitalisation du 30 avril au 9 mai 2013, et non du 2 au 9 mai 2013.

Par courrier du 23 novembre 2016, l'intimée a produit une tarification selon SwissDRG K60B, à hauteur de 4969 fr. 31, pour une hospitalisation de dix jours du 30 avril au 9 mai 2013 - la durée moyenne de séjour étant de treize jours - sous la catégorie diagnostique MDC 10 « maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques ».

La recourante a pris position sur ces tarifications le 19 décembre 2016. Elle a souligné tout d'abord que, contrairement à la requête de la Cour portant sur des troubles respiratoires, une candidose et une bactériémie staphylocoques, la tarification relative à l'hospitalisation du 13 au 22 mai 2013 comportait le diagnostic principal de cirrhose et, en complément, de varices oesophagiennes. Elle a invoqué en outre que les deux tarifications déposées par l'intimée faisaient état de DRG et MDC différents, que son époux avait été hospitalisé à trois reprises, une fois au G_____ en urgence et deux fois à la « Clinique L_____ », qu'il s'agissait de cas distincts et que Y_____ SA devait en assumer les coûts séparément, sans regroupement aucun. La recourante a enfin maintenu ses conclusions.

Considérant en droit

1. Selon l'article 1 alinéa 1 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'assurance-maladie, à moins que la LAMal n'y déroge expressément.

Posté le 26 février 2015, le présent recours à l'encontre de la décision sur opposition du 26 janvier précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA) devant le tribunal compétent (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81bis al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

2.1 Le présent litige est circonscrit par l'objet des décisions rendues par Y_____ SA les 9 septembre 2014 et 26 janvier 2015 et porte sur le point de savoir si cette assurance est tenue de rembourser, à la charge de l'assurance obligatoire des soins, les frais du traitement suivi par A_____ en mai 2013 à la « Clinique L_____ » en O_____. Selon le décompte de prestations du 6 septembre 2013, ces frais se sont élevés à 76 428.45 dollars P_____, soit à 71 024 fr. 95 (première annexe à la pièce 8 et pièce 10). Ces décisions ne portant pas sur les frais de 5700 et/ou de 6020.37 dollars G_____, encourus pour les soins prodigués au « E_____ » et traités dans le décompte de prestations du 30 août 2013 (pièces 5 et 9), lesdits frais ne constituent ni l'objet de la contestation ni l'objet du litige (sur ces notions, cf. ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 et les références).

Les prestations mentionnées aux articles 25 à 31 doivent être efficaces, appropriées et économiques (art. 32 al. 1, 1^{ère} phrase LAMal). Le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement (art. 56 al. 1 LAMal). La rémunération des prestations qui dépassent cette limite peut être refusée (art. 56 al. 2, 1^{ère} phrase LAMal).

Le Conseil fédéral peut décider de la prise en charge, par l'assurance obligatoire des soins, des coûts des prestations prévues aux articles 25, alinéa 2, ou 29 fournies à l'étranger pour des raisons médicales. Il peut désigner les cas où l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts d'accouchements à l'étranger pour des

raisons autres que médicales. Il peut limiter la prise en charge des coûts des prestations fournies à l'étranger (art. 34 al. 2 LAMal).

L'assurance obligatoire des soins prend en charge le coût des traitements effectués en cas d'urgence à l'étranger. Il y a urgence lorsque l'assuré, qui séjourne temporairement à l'étranger, a besoin d'un traitement médical et qu'un retour en Suisse n'est pas approprié. Il n'y a pas d'urgence lorsque l'assuré se rend à l'étranger dans le but de suivre ce traitement (art. 36 al. 2 OAMal). Les prestations visées aux alinéas 1 et 2, et les traitements effectués à l'étranger pour les frontaliers, les travailleurs détachés et les personnes occupées par un service public, ainsi que pour les membres de leur famille (art. 3 à 5), sont pris en charge jusqu'à concurrence du double du montant qui aurait été payé si le traitement avait eu lieu en Suisse (art. 36 al. 4, 1^{ère} phrase OAMal).

Relativement à cette dernière disposition, le caractère approprié du voyage de retour s'apprécie d'après l'ensemble des circonstances du cas d'espèce, à savoir selon l'exigibilité médicale du voyage de retour, le coût de celui-ci au regard des frais de traitement et l'examen des questions de savoir si le traitement en Suisse aurait été possible ou si le retour aurait entraîné un report du traitement et par là même une péjoration de l'état de santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_35/2010 du 28 mai 2010 consid. 3 et les références). Ce qui est déterminant dans le cadre de l'application de l'article 36 alinéa 2 OAMal, c'est que l'assuré ait subitement besoin et de manière imprévue d'un traitement à l'étranger. Il faut que des raisons médicales s'opposent à un report du traitement et qu'un retour en Suisse apparaisse inapproprié (arrêt du Tribunal fédéral 9C_11/2007 du 4 mars 2008 consid. 3.2, arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 65/03 du 5 août 2003 consid. 2.2). Par « retour non approprié », il faut comprendre qu'un tel retour ne doit pas être indiqué sur le plan médical et non pas que ce retour soit éventuellement possible moyennant certaines précautions (ATCA K.R. c/ Mutuelle Valaisanne du 16 février 1999 in RVJ 2000 p. 95 consid. 2c). Il sied d'ajouter enfin que les principes de l'efficacité et de l'économicité du traitement s'appliquent également en cas de traitement d'urgence à l'étranger (ATF 128 V 75 consid. 4b *in fine* et 4c).

2.2 En l'occurrence, le Dr D_____ a rapporté le 30 avril 2013 que A_____ l'avait consulté le même jour en raison de difficultés à avaler des aliments solides, lesquelles entraînaient une lente perte de poids, qu'au vu de cette péjoration de la capacité d'absorption par voie orale et de la détérioration de l'état général du patient, il avait recommandé une alimentation par intubation dans l'estomac à effectuer dans le cadre d'une intervention radiologique, que ce traitement devait être effectué dès que

possible en F_____ dont le patient était ressortissant et que celui-ci était apte à voyager dans un vol commercial, de préférence en classe « business », avec son épouse et son infirmière personnelle (pièce 4). Considérant qu'il pouvait voyager, Y_____ SA a, par courriel du 2 mai suivant, refusé de prendre en charge le rapatriement de l'assuré (pièce 6).

Le caractère approprié du voyage de retour, au sens de l'article 36 alinéa 2 OAMal, s'apprécie toutefois d'après l'ensemble des circonstances du cas d'espèce, soit également en relation avec le point de savoir si le retour aurait entraîné un report du traitement, et par là même, une péjoration de l'état de santé. Il sied de considérer dans ce contexte que, comme souligné d'ailleurs par la recourante dans sa réplique du 3 juin 2015, le changement des billets d'avion pour le vol de retour depuis le G_____ pouvait tout de même prendre quelques jours et que pendant ce temps, l'état de santé de l'assuré, qui ne pouvait plus s'alimenter normalement, se serait aggravé d'autant plus. Une telle situation nécessitait, dès l'examen effectué par le Dr D_____ le 30 avril 2013, une renutrition immédiate de l'assuré. Ce médecin a précisé dans son certificat du 21 novembre suivant que l'état nutritionnel du patient se détériorait rapidement (première annexe à la pièce 24). Il ressort en effet des constatations faites lors de l'arrivée, en urgence, de A_____ à la « Clinique L_____ » le 2 mai 2013 que celui-ci était sous intraveineuse, placée deux jours plus tôt au G_____, et qu'il apparaissait indolent et cachectique, soit en perte de masse corporelle telle que cette perte ne pouvait plus être freinée ni inversée à l'aide d'une nutrition adaptée (pièce 14 de la recourante). Le fait - mentionné par le Dr T_____ dans ses réponses adressées le 29 avril 2014 à la Q_____ (annexes à la pièce 24 et à l'écriture de la recourante du 17 août 2015) - que l'alimentation du patient ait finalement été assurée par intraveineuse et non par gastrostomie ne change rien à l'urgence de cette renutrition. A suivre leurs conclusions de l'examen anamnestique et clinique pratiqué le 4 mai 2013, les médecins de la « Clinique L_____ » ont préféré ce moyen-là à celui-ci en raison de certaines affections du patient, en particulier une cirrhose et des ascites, lesquelles faisaient apparaître une intervention chirurgicale comme extrêmement risquée (pièces de cette clinique déposées le 17 août 2015 par la recourante). Le Dr D_____ a, certes, recommandé une alimentation par gastrostomie lors de sa consultation du 30 avril 2013 (pièce 4). Il n'avait toutefois peut-être pas connaissance de ces antécédents, mais uniquement d'un rétrécissement de l'œsophage et de la présence de varices qu'il avait lui-même mis en évidence un an plus tôt. Une fois cette renutrition par intraveineuse menée à terme et son état général

amélioré, A_____ a pu quitter la « Clinique L_____ » le 9 mai 2013 (pièce 4 de la recourante).

En conséquence, Y_____ SA est tenue de prendre en charge, en application de l'article 36 alinéas 2 et 4 OAMal, le coût d'un traitement hospitalier d'urgence à l'étranger du 30 avril au 9 mai 2013, sous forme d'une renutrition par intraveineuse justifiée par les diagnostics principaux de dénutrition en relation avec une maladie de Parkinson et une cirrhose hépatique, ainsi que de dysphagie oropharyngée et de rétrécissement oesophagien, les diagnostics secondaires étant ceux de diabète de type II, d'hyponatrémie, de maladie de Parkinson, de cirrhose avec hypertension portale, d'insuffisance rénale chronique, de varices oesophagiennes de grade I et de cardiopathie arythmique avec « pacemaker » en place (pièce 4, pièce 14 de la recourante, seconde annexe à la pièce 24 et troisième annexe à l'écriture de la recourante du 17 août 2015). Dans ses décisions des 9 septembre 2014 et 26 janvier 2015, l'intimée a d'ailleurs retenu, à tout le moins implicitement, que les soins prodigués à la « Clinique L_____ » remplissaient le critère d'urgence requis par l'article 36 alinéa 2 OAMal, puisque ce traitement a été indemnisé, en application de l'alinéa 4 de cette même disposition, jusqu'à concurrence du double du montant qui aurait été payé s'il avait eu lieu en Suisse.

La seconde hospitalisation à la « Clinique L_____ » est intervenue du 13 au 22 mai 2013 pour d'autres troubles que ceux ayant justifié la première hospitalisation, à savoir en raison de difficultés à respirer puis d'une candidose et d'une bactériémie staphylocoque (pièces 4 et 15 de la recourante). A l'admission de la première hospitalisation le 2 mai précédent, l'examen du système respiratoire était effectivement sans particularité et à l'examen pulmonaire et des voies respiratoires, l'effort était normal et la respiration semblait normale (pièce 14 de la recourante). Pour ce qui a trait à ce second séjour hospitalier, la Cour estime qu'il ne peut être considéré comme un traitement d'urgence à l'étranger, au sens de l'article 36 alinéa 2 OAMal. En date du 9 mai 2013, l'état général de A_____ s'était en effet amélioré, puisque celui-ci avait pu sortir de la « Clinique L_____ » où il avait été hospitalisé durant huit jours. En outre, depuis le 30 avril précédent, son épouse avait eu le temps d'organiser leur retour en Suisse en classe « business » d'un vol commercial, en compagnie de l'infirmière personnelle de l'assuré (pièce 4). L'intimée a fait valoir à juste titre, dans sa détermination du 29 juin 2015, que ce trajet était exigible de l'assuré.

Ainsi, Y_____ SA doit assumer les frais d'une hospitalisation en Valais du 13 au 22 mai 2013, pour cause de troubles respiratoires, d'une candidose et d'une

bactériémie staphylocoque, avec les diagnostics secondaires de dysphagie parkinsonienne, de rétrécissement oesophagien, de diabète de type II, d'hyponatrémie, de maladie de Parkinson, de cirrhose avec hypertension portale, d'insuffisance rénale chronique, de varices oesophagiennes de grade I et de cardiopathie arythmique avec « pacemaker » en place.

3.1 Les fournisseurs de prestations établissent leurs factures sur la base de tarifs ou de prix (art. 43 al. 1 LAMal). Le tarif est une base de calcul de la rémunération ; il peut notamment prévoir un mode de rémunération forfaitaire (tarif forfaitaire) (art. 43 al. 2 let. c LAMal). Le tarif forfaitaire peut se rapporter au traitement par patient (forfait par patient) ou aux soins par groupe d'assurés (forfait par groupe d'assurés). Les forfaits par groupe d'assurés peuvent être fixés, de manière prospective, sur la base des prestations fournies dans le passé et des besoins futurs (budget global prospectif) (art. 43 al. 3 LAMal). Les tarifs et les prix sont fixés par convention entre les assureurs et les fournisseurs de prestations (convention tarifaire) ou, dans les cas prévus par la loi, par l'autorité compétente. Ceux-ci veillent à ce que les conventions tarifaires soient fixées d'après les règles applicables en économie d'entreprise et structurées de manière appropriée (art. 43 al. 4, 1^{ère} et 2^{ème} phrases LAMal). La convention tarifaire doit être approuvée par le gouvernement cantonal compétent ou, si sa validité s'étend à toute la Suisse, par le Conseil fédéral. L'autorité d'approbation vérifie que la convention est conforme à la loi et à l'équité et qu'elle satisfait au principe d'économie (art. 46 al. 4 LAMal). L'autorité d'approbation au sens de l'article 46 alinéa 4 de la loi vérifie que la convention tarifaire respecte notamment les principes suivants : le tarif couvre au plus les coûts de la prestation justifiés de manière transparente (art. 59c al. 1 let. a OAMal) ; le tarif couvre au plus les coûts nécessaires à la fourniture efficiente des prestations (art. 59c al. 1 let. b OAMal) ; un changement de modèle tarifaire ne doit pas entraîner de coûts supplémentaires (art. 59c al. 1 let. c OAMal). Les parties à une convention doivent régulièrement vérifier les tarifs et les adapter si le respect des principes énoncés à l'alinéa 1, lettres a et b, n'est plus garanti. Les autorités compétentes doivent être informées des résultats de ces vérifications (art. 59c al. 2 OAMal).

Pour rémunérer le traitement hospitalier, y compris le séjour ou les soins à l'hôpital (art. 39 al. 1) ou dans une maison de naissance (art. 29), les parties à une convention conviennent de forfaits. En règle générale, il s'agit de forfaits par cas. Les forfaits sont liés aux prestations et se basent sur des structures uniformes pour l'ensemble de la Suisse. Les tarifs hospitaliers sont déterminés en fonction de la rémunération des

hôpitaux qui fournissent la prestation tarifée obligatoirement assurée, dans la qualité nécessaire, de manière efficiente et avantageuse (art. 49 al. 1, 1^{ère}, 2^{ème}, 3^{ème} et 5^{ème} phrases LAMal). Les partenaires tarifaires instituent, conjointement avec les cantons, une organisation compétente pour l'élaboration, le développement, l'adaptation et la maintenance des structures. Pour financer ces activités, une contribution couvrant les coûts peut être prélevée par cas facturé. Les hôpitaux doivent à cet effet livrer à l'organisation les données nécessaires sur les coûts et les prestations. Si une telle organisation fait défaut, le Conseil fédéral l'institue de manière contraignante pour les partenaires tarifaires. Les structures élaborées par l'organisation et leurs adaptations sont soumises par les partenaires tarifaires au Conseil fédéral pour approbation. Si les partenaires ne peuvent s'entendre sur les structures, le Conseil fédéral les fixe (art. 49 al. 2 LAMal). En cas d'hospitalisation, la rémunération s'effectue conformément au tarif applicable à l'hôpital au sens de l'alinéa 1, tant que le patient a besoin, selon l'indication médicale, d'un traitement et de soins ou d'une réadaptation médicale en milieu hospitalier (art. 49 al. 4, 1^{ère} phrase LAMal). Les rémunérations au sens de l'article 49 alinéa 1 sont prises en charge par le canton et les assureurs, selon leur part respective (art. 49a al. 1 LAMal). Le canton fixe pour chaque année civile, au plus tard neuf mois avant le début de l'année civile, la part cantonale pour les habitants du canton. Celle-ci se monte à 55% au moins (art. 49a al. 2 LAMal). La teneur précitée des articles 49 et 49a LAMal résulte de la modification du 21 décembre 2007 de la LAMal (financement hospitalier), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 (RO 2008 2049 et ss, FF 2004 5207).

Les informations suivantes figurent sur le site internet de la société SwissDRG SA. Selon les directives légales (art. 49 LAMal), SwissDRG SA est responsable pour l'introduction, le développement ainsi que pour l'adaptation et le maintien du système de rémunération SwissDRG des séjours hospitaliers en soins somatiques aigus en fonction du diagnostic. Le système est en vigueur depuis le 1er janvier 2012 (...). SwissDRG SA a été fondée le 18 janvier 2008. Les cantons et les partenaires tarifaires de l'assurance-maladie ont fondé une société anonyme d'utilité publique dans le but d'harmoniser à l'avenir la structure tarifaire dans les hôpitaux et de la rendre plus claire et plus transparente aux patients. Cette mesure met ainsi en œuvre les postulats enfin ancrés dans la révision de la loi sur l'assurance-maladie (...). SwissDRG (Swiss Diagnosis Related Groups) est le nouveau système tarifaire de rémunération des prestations hospitalières en soins somatiques aigus. Il règle de manière uniforme l'indemnisation des prestations hospitalières selon les forfaits par cas, conformément à la dernière révision de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal). Dans le système des

forfaits par cas SwissDRG, chaque séjour hospitalier est classé dans un groupe de pathologie et indemnisé de manière forfaitaire sur la base de critères définis, comme le diagnostic principal, les diagnostics supplémentaires, les traitements et d'autres critères. L'introduction de SwissDRG dans toute la Suisse a eu lieu le 1er janvier 2012 (...). SwissDRG SA est responsable de l'élaboration, du développement, de l'adaptation et de l'entretien du système suisse des forfaits par cas. Elle met en oeuvre le mandat légal adopté par le parlement en décembre 2007. La société anonyme d'utilité publique a été fondée le 18 janvier 2008. Elle est une institution commune des fournisseurs de prestations, des assureurs et des cantons. Ce large appui tient compte des différentes exigences et besoins auxquels doit satisfaire le nouveau système de rémunération. SwissDRG SA et ses organisations partenaires s'engagent pour que le système des forfaits par cas soit introduit avec succès en Suisse et qu'il profite à toutes les parties.

3.2 Au vu de ce qui précède, le système tarifaire de rémunération des prestations hospitalières en soins somatiques aigus SwissDRG est bien applicable aux deux traitements stationnaires précités du 30 avril au 9 mai 2013 puis du 13 au 22 mai 2013. La Cour n'a aucune raison de penser que ce système n'est pas conforme aux différentes dispositions légales précitées. Il repose du reste sur l'article 49 alinéa 2 LAMal qui le soumet à l'approbation du Conseil fédéral.

Selon la tarification SwissDRG K60B, l'hospitalisation de l'assuré en Valais durant dix jours du 30 avril au 9 mai 2013, sous la catégorie diagnostique MDC 10 « maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques », aurait coûté 4969 fr. 31. Ce montant est le même que le coût d'une telle hospitalisation durant huit jours, du 2 au 9 mai 2013, probablement parce que toutes deux sont inférieures au séjour moyen d'une durée de treize jours. Ces frais de 4969 fr. 31 coïncident presque avec ceux de 4971 fr. 85 ressortant de la tarification que l'intimée a produite le 12 octobre 2015 et sur la base de laquelle elle a octroyé à la recourante un montant supplémentaire de 883 francs. Il est donc surprenant que Y_____ SA ait fait valoir, dans sa détermination du 7 novembre 2016, que la demande de tarification selon des diagnostics principaux et secondaires allait à l'encontre des règles de codages du SwissDRG qui exigeaient, à son sens, un seul diagnostic principal motivant une hospitalisation. Les informations figurant sur le site internet de la société SwissDRG SA mentionnent pourtant bien, outre le diagnostic principal et d'autres éléments, les diagnostics supplémentaires en tant que critères d'indemnisation forfaitaire d'un séjour hospitalier. La tarification déposée le 12 octobre 2015 par Y_____ SA comporte

d'ailleurs une liste de vingt-trois diagnostics, tirés des documents de la « Clinique L_____ » que cette assurance a déploré à plusieurs reprises ne pas avoir eus en sa possession, alors que celle produite le 7 novembre 2016 pour une hospitalisation du 2 au 9 mai 2013 n'en énumère que onze.

Compte tenu de ce qui a été tranché au considérant 2.2, l'intimée doit prendre en charge, au titre de traitement d'urgence à l'étranger au sens de l'article 36 alinéas 2 et 4 OAMal, le double du montant de 4969 fr. 31, soit 9938 fr. 62. Il faut encore déduire de ce montant les différentes participations de l'assuré à cette prestation, participations que l'intimée a pertinemment exposées, bases légales à l'appui, dans sa réponse du 8 mai 2015. Il s'agit de la contribution journalière de 15 fr. pour l'hospitalisation du 30 avril au 9 mai 2015 par 150 fr. au total, de la franchise de 1500 fr. et du montant annuel maximal de la participation aux coûts, soit 700 francs. Pour cette hospitalisation d'urgence à l'étranger, Y_____ SA doit donc intervenir à concurrence de 7588 fr. 62.

Quant à l'hospitalisation du 13 au 22 mai 2013, elle ne pouvait, comme retenu plus haut, être considérée comme un traitement d'urgence à l'étranger et aurait eu lieu en Valais, canton de domicile de l'assuré. La disposition précitée ne s'y applique donc pas et les frais inhérents à cette hospitalisation ne doivent pas être doublés en vue de leur prise en charge. Contrairement à l'argumentation développée à ce sujet par l'intimée dans ses écritures des 9 octobre 2015 et 7 novembre 2016, ce séjour hospitalier serait intervenu dans un autre établissement que le précédent et, en partie du moins, pour d'autres MDC, à savoir une candidose et une bactériémie. Le regroupement en un seul DRG de ces deux hospitalisations datant de mai 2013 n'entre ainsi pas en ligne de compte dans le présent cas. S'il est vrai que les troubles respiratoires qui ont conduit l'assuré à être admis une nouvelle fois pour un traitement stationnaire ne constituent pas un diagnostic en soi, ils étaient sans nul doute liés à l'une au moins des affections dont celui-ci souffrait alors. Le fait que ces atteintes figurent à titre de diagnostics supplémentaires dans la tarification de l'hospitalisation en question selon SwissDRG et que ce système ait sélectionné, en tant que diagnostics principaux, la cirrhose biliaire ainsi que les varices oesophagiennes et gastriques, susceptibles de provoquer de tels troubles, correspond donc à la réalité, à tout le moins au degré de la vraisemblance prépondérante requis en droit des assurances sociales. De plus, c'est la survenance d'une candidose et d'une bactériémie staphylocoque qui a entraîné la prolongation de ce séjour hospitalier jusqu'au 22 mai 2013. Ces diagnostics (pneumopathie due à des staphylocoques, infection bactérienne et candidose) figurent bien dans la tarification, à

hauteur de 7773 fr. 10, de l'hospitalisation du 13 au 22 mai 2013. Après déduction de la contribution de 150 fr. pour ce séjour hospitalier de dix jours, c'est un montant de 7623 fr. 10 que l'intimée doit encore rembourser à la recourante.

4. La prise en charge totale incombant à Y_____ SA pour les hospitalisations successives du 30 avril au 9 mai 2013 puis du 13 au 22 mai 2013 se monte par conséquent à 15 211 fr. 72 (7588 fr. 62 plus 7623 fr. 10). Cette assurance a déjà versé la somme de 7428 fr. 70, soit 6545 fr. 70 (pièce 10) et 883 fr. selon le courrier de cette assurance du 9 octobre 2015. Le montant encore dû à X_____ par Y_____ SA est finalement de 7783 fr. arrondi (15 211 fr. 72 moins 7428 fr. 70).

La recourante ne pouvait ainsi s'attendre, alors que Y_____ SA avait refusé d'intervenir pour le rapatriement de l'assuré et garanti les frais hospitaliers à hauteur de 9060 fr. 70 (pièces 6 et 7), à ce que celle-ci remboursât intégralement, à charge de l'assurance-maladie sociale de base, les frais notablement élevés d'un traitement stationnaire dans une clinique américaine, lesquels ont finalement atteint l'équivalent de 71 024 fr. 95 (pièce 10). Tel que relevé au début du considérant 2.1, l'objet de la contestation et du litige consistait dans ce montant de 71 024 fr. 95, sous déduction des 7428 fr. 70 déjà versés. La recourante a donc réclamé implicitement la prise en charge des 63 596 fr. 25 restants. Elle obtient par le présent jugement l'octroi de 7783 fr., soit du 12% seulement du montant réclamé.

Partant, le recours est très partiellement admis et les décisions de Y_____ SA des 9 septembre 2014 et 26 janvier 2015 sont annulées. Cette assurance doit verser à X_____ le montant de 7783 francs.

5.1 Il n'est pas perçu de frais (art. 61 let. a *i.i.* LPGa).

5.2 La recourante, qui obtient très partiellement gain de cause, a droit à des dépens réduits à charge de l'intimée (art. 81*bis* al. 2 et 91 al. 1 et 2 *a contrario* LPJA, art. 27 al. 1 et 40 al. 1 LTar).

Me Pilloud, avocate de X_____, a déposé en la cause un recours motivé, quatre déterminations, deux courriers ainsi que cent trente copies environ dans un dossier peu volumineux mais traitant de questions d'une certaine complexité et comportant des documents en anglais. La Cour évalue ainsi les dépens à 2200 fr., débours et TVA inclus (art. 27 al. 5 LTar). Le 12% de ce montant correspond à 264 francs. L'indemnité minimale de 550 fr. selon l'article 40 alinéa 1 LTar est finalement allouée à la recourante pour ses dépens.

Prononce

1. Le recours est très partiellement admis et les décisions de Y_____ SA des 9 septembre 2014 et 26 janvier 2015 sont annulées.
2. Y_____ SA doit verser à X_____ le montant de 7783 francs.
3. Il n'est pas perçu de frais.
4. Y_____ SA versera à X_____ des dépens de 550 francs.

Sion, le 23 décembre 2016