

S2 24 99

ARRÊT DU 3 DÉCEMBRE 2025

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

Composition : Candido Prada, président ; Frédéric Fellay et Matthieu Sartoretti, juges ;
Garance Klay, greffière

en la cause

A. _____, recourant

contre

PHILOS ASSURANCE MALADIE SA, Martigny, intimée

(AM ; prestations médicales accomplies à l'étranger, conditions relatives à l'urgence)

Faits

A. A.____ (ci-après l'assuré), né le tt.mm.jjjj, est assuré auprès de Philos Assurance Maladie SA (ci-après Philos ou l'assureur) selon un contrat RT SanaTel – Assurance obligatoire des soins (cf. certificat d'assurance 2023, pièce 1 du dossier Philos).

Le 3 janvier 2024, Philos a reçu en copie une décision d'Helsana, assureur-accidents de A.____, datée du 18 décembre précédent et informant ce dernier du fait que l'événement survenu le 21 novembre 2023 à l'aéroport de Madrid n'était pas à la charge de l'assurance-accidents. La déclaration d'accident reprise dans cette décision indiquait : « Le 21 novembre 2023, vers 10 heures du matin, à l'aéroport de Madrid, j'ai couru jusqu'à la porte d'embarquement, craignant de manquer l'avion. J'ai ressenti une douleur au genou droit, mais à ce moment-là, j'avais chaud après avoir couru et la douleur n'était pas trop forte. A l'arrivée à l'aéroport Malpensa de Milan, la douleur avait augmenté de façon notable et j'ai commencé à marcher difficilement à cause de la douleur » (pièce 3 du dossier Philos).

Par courriel du 8 février 2024, l'assuré a adressé à Philos des factures et pièces médicales relatives à des traitements médicaux (consultations et intervention chirurgicale), effectués à Rome entre le 27 novembre et le 5 décembre 2023 pour un montant total de EUR 5766,87 (pièce 4 du dossier Philos). Les factures se rapportaient à deux consultations orthopédiques auprès des Profs B.____ et E.____, spécialistes en orthopédie, à une IRM du genou droit, et à une série de soins apportés au sein la C.____, clinique privée située à Rome. Il ressortait notamment des pièces médicales que les radiographies du genou droit avaient montré une lésion du ménisque interne et qu'une chirurgie arthroscopique en urgence avait été indiquée le 28 novembre 2023 par le Prof. E.____. Dans son rapport du 30 novembre 2023, le Dr B.____ avait mentionné à l'anamnèse l'apparition récente d'une douleur accrue et d'un épisode important de liquide dans le genou droit après un effort physique ; il avait diagnostiqué une lésion du ménisque interne et une chondropathie fémoro-tibiale du genou droit et avait préconisé une méniscectomie interne sélective sous arthroscopie et infiltration de cellules souches. Cette intervention avait été effectuée le 4 décembre suivant au sein de la C.____.

Dans son courriel du 8 février 2024, A.____ n'a ni mentionné les premiers soins accomplis par une orthopédiste de Plaisance (Piacenza), ni joint de facture y relative (cf. *infra*).

Dans une prise de position du 5 mars 2024, le Dr G.____, médecin-conseil de Philos, a relevé que l'assuré souffrait d'une gonarthrose symptomatique apparue le 21 novembre 2023 en l'absence de traumatisme direct. L'IRM du 27 novembre 2023 avait confirmé une pathologie dégénérative du genou droit (chondropathie et méniscopepathie médiale). Il estimait que le patient aurait eu la possibilité d'être transporté en toute sécurité sur le territoire suisse et que la situation clinique aurait été gérable en Suisse. La condition du critère d'urgence n'était dès lors pas réalisée, de sorte qu'il fallait refuser de prendre en charge toutes les prestations diagnostiques et thérapeutiques effectuées à l'étranger (pièce 5 du dossier Philos).

Par courrier du 8 mars 2024, se référant au préavis de son médecin-conseil, Philos a informé son assuré de son refus de prise en charge (pièce 6 du dossier Philos).

Par courriel du 9 mars 2024, l'assuré a objecté que son traitement avait été accompli en Italie car un retour en voiture était impossible et qu'en outre, il vivait seul en Suisse. Il a précisé que, lors de la recrudescence des douleurs à son arrivée à Milan, il avait appelé le Groupe Mutuel pour lui expliquer la situation ; la collaboratrice de l'assureur lui avait alors indiqué que sa description des événements s'apparentait à un accident et l'avait invité à contacter son assurance-accidents. Jusqu'au refus de cette dernière, l'assuré avait été persuadé que le traitement serait pris en charge par Helsana, ce d'autant plus qu'il n'aurait probablement pas été blessé sans sa course dans l'aéroport. En toute hypothèse, son retour en Suisse avait été entravé du fait qu'il n'arrivait même plus à lever le pied et que les médecins avaient dû ponctionner des décilitres de liquide de son genou. Pour l'assuré, il avait ainsi été impensable qu'il rentre seul en Suisse. Une connaissance l'avait conduit de son hôtel à Milan chez un spécialiste à Plaisance. Globalement, il avait vu successivement trois orthopédistes avant d'être opéré, ce qui démontrait que son opération n'avait pas été planifiée. Il a encore ajouté que, deux semaines après l'envoi de ses documents médicaux, il avait contacté Mutuel Assurance par téléphone ; on lui aurait alors assuré que l'assureur acceptait de le rembourser, de sorte qu'il avait renoncé à recourir contre la décision d'Helsana (pièce 7 du dossier Philos).

Le 9 mars 2024, l'assuré a encore transmis à Philos un courriel notifié le 1^{er} décembre 2023 à Helsana afin de lui relater l'évènement du 21 novembre 2023 et ses suites. Il y avait notamment exposé qu'après son arrivée à l'aéroport Milan Malpensa, la douleur avait augmenté. Comme prévu, il s'était néanmoins rendu chez un marchand de pneus de Pogliano Milanese (30 minutes de l'aéroport) afin de faire monter des pneus d'hiver sur sa voiture avant de se rendre à St-Moritz, où il avait rendez-vous pour trois jours de

ski. Néanmoins, n'arrivant plus à marcher, il avait dû se résoudre à laisser son véhicule chez ce marchand et avait pris un hôtel à proximité. Contacté, son médecin traitant de Verbier lui avait conseillé de rester au repos en attendant de trouver un médecin pouvant procéder à une ponction du genou. Le 24 novembre 2023, il avait demandé à un ami de le conduire à Plaisance, à une heure de l'hôtel, afin de consulter le Dr K.____, spécialiste en orthopédie et traumatologie. Ce praticien avait ponctionné son genou et préconisé d'investiguer une probable lésion méniscale par IRM. Ne pouvant toujours ni marcher, sauf lentement avec une béquille, ni conduire, et n'ayant aucun soutien à Plaisance où à Milan, il avait dès lors décidé de se rendre à Rome, où vivait sa mère, et où on pourrait l'accompagner pour passer des examens et rencontrer des médecins. Sa sœur étant à Bologne, non loin de Plaisance, elle l'avait conduit de Plaisance à Rome. Il y avait passé une IRM et, dans les jours suivants, avait consulté trois autres orthopédistes ayant unanimement confirmé la nécessité d'une opération dans les plus brefs délais. On avait dû procéder à une seconde ponction car il n'arrivait pas à se déplacer (pièce 7 du dossier Philos).

Philos a maintenu son point de vue par décision formelle du 10 avril 2024. Elle a ajouté que la teneur du courriel du 1^{er} décembre 2023 confirmait que c'était pour des motifs personnels et non en raison d'une urgence médicale que l'assuré s'était rendu à Rome. En outre, il avait été pris en charge à la C.____, laquelle était un établissement de soins privés dont les prestations n'étaient pas à la charge de l'assurance obligatoire des soins. L'assuré ayant requis la production des enregistrements de ses appels, Philos a précisé que ces derniers n'étaient conservés que durant trois mois (pièce 9 du dossier Philos).

L'assuré a formé opposition par courriel du 2 mai 2024. En substance, il a répété que l'opération accomplie le 4 décembre 2023 à Rome n'avait nullement été planifiée, étant répété qu'il se rendait à St-Moritz pour skier lorsqu'était survenue l'urgence (pièce 10 du dossier Philos).

Dans une nouvelle prise de position du 7 mai 2024, le Dr G.____ a confirmé les diagnostics de lésion méniscale interne, chondropathie fémorotibiale interne du genou droit. Le problème avait consisté en une douleur aggravante et des épisodes de volumineuse hydro-arthrite dans le genou droit après un effort physique. Le médecin-conseil a exprimé que l'écriture de l'assuré ne permettait en aucun cas de modifier son précédent avis. La gonarthrose symptomatique était apparue le 21 novembre 2023 sans trauma direct. L'IRM du 27 novembre 2023 avait confirmé la pathologie dégénérative du genou droit (chondropathie et méniscopathie médiale). Le Dr G.____ a confirmé que le traitement aurait pu être accompli en Suisse, où le patient aurait pu être transporté en

toute sécurité. Le critère d'urgence n'était ainsi pas rempli, de sorte qu'il fallait refuser la prise en charge (pièce 12 du dossier Philos).

L'assuré a complété son opposition par courriel du 12 mai 2024. Il a répété qu'il ne s'était nullement rendu en Italie pour se faire opérer. Immobilisé durant trois jours dans une chambre d'hôtel, il ne pouvait plus poser le pied à terre et n'avait dormi que 2 heures en une semaine à cause de la douleur. Il contestait dès lors avoir été en état de rentrer en Suisse. Il a répété qu'il vivait seul en Suisse et n'avait personne pour l'aider. A plusieurs reprises, il a invité l'assureur à le contacter afin qu'il puisse lui prouver tout fait susceptible d'être mis en doute (volonté initiale de se rendre à St-Moritz, impossibilité de conduire...) (pièce 13 du dossier Philos ; cf. également les rappels de l'assuré en pièces 19 et 20 du dossier Philos).

Dans une prise de position du 14 mai 2024, le Dr D._____, directeur médical de Philos, a confirmé que la lésion du ménisque et la chondropathie décrites étaient considérées comme une maladie (article 25 de la LAMal) ; elles ne présentaient pas tous les éléments qui déterminaient une lésion accidentelle, il manquait en particulier un élément externe. De plus, une déchirure du ménisque à l'âge de l'assuré était considérée comme dégénérative. Une telle lésion devait certes être traitée en urgence (douleur soudaine et croissante, épanchement articulaire, limitation fonctionnelle). Néanmoins, le traitement ultérieur aurait tout à fait pu être effectué en Suisse, puisque tous les services y étaient disponibles et que le rapatriement était possible avec une attelle et des cannes. En sus du défaut de réalisation des conditions relatives à l'urgence, le Dr D._____ a ajouté qu'une infiltration de cellules staminales n'était pas conforme à l'article 32 de la LAMal car l'efficacité de ce traitement n'était pas démontrée (pièce 15 du dossier Philos).

Reprenant position le 17 septembre 2024, le Dr G._____ a conclu que, compte tenu des informations cliniques, il était entièrement d'accord avec l'évaluation du Dr D._____. Une première consultation en Italie après le vol Madrid-Malpensa pouvait être admise en tant qu'urgence, étant donné que l'assuré souffrait de fortes douleurs et d'une impotence fonctionnelle au niveau du genou droit. La procédure d'arthrocentèse du genou pouvait également être considérée comme urgente vu que l'épanchement de liquide provoquait des douleurs et une limitation fonctionnelle. Par contre, une fois cette intervention effectuée, l'assuré aurait dû rentrer Suisse pour y poursuivre son traitement. Il n'y avait plus eu d'urgence car le diagnostic était pathologique ; il résultait d'une dégénérescence chronique avec une chondropathie du compartiment médial du genou droit et une lésion oblique du ménisque médial. En outre, il fallait considérer que la distance entre Milan et

Rome était comparable à la distance pour rejoindre la Suisse, où le traitement aurait pu être effectué (pièces 24 et 25 du dossier Philos).

Par courriel du 22 août 2024, le Dr O.____, spécialiste en chirurgie et traumatologie spécialisée et expert médical de la SIM, a confirmé qu'une consultation en urgence en Italie dans les suites du vol Madrid-Malpensa pouvait être admise à titre d'urgence compte tenu de la forte douleur et de l'impotence fonctionnelle ; on pouvait également admettre que le médecin consulté en urgence ait préconisé une ponction évacuatrice afin de soulager la douleur. En revanche, une fois cette ponction accomplie, l'assuré aurait dû rentrer en Suisse pour se faire traiter. Compte tenu des diagnostics, il n'y avait pas eu une urgence légitimant une intervention chirurgicale en Italie ; il n'existait en particulier pas de lésion urgente telle une déchirure en anse de seau luxée dans l'échancrure avec un genou bloqué ou une anse en seau irréductible ; il a jouté que même un genou bloqué n'aurait pas empêché un retour en Suisse. Ainsi, à partir du moment où la ponction évacuatrice avait été effectuée, le fait que A.____ se soit rendu à Rome pour se faire opérer répondait à des critères de confort -« bien compréhensible » puisque sa famille s'y trouvait - et non à des critères médicaux. Le Dr O.____ a également souligné que, depuis Milan, on pouvait se rendre à Mendrisio en 30 minutes, à Lugano en 45 minutes ou à Sion en 2 heures ; partant, un retour en Suisse aurait été parfaitement possible et raisonnable (pièce 25 du dossier Philos).

Philos a écarté les griefs de son assuré et confirmé son point de vue par décision sur opposition du 17 octobre 2024. Elle a ainsi refusé de prendre en charge le montant total de CHF 5499.- (EUR 5766,87) relatif aux soins fournis à Rome (pièce 32 du dossier Philos).

A.____ a interjeté recours céans en date du 20 novembre 2024 (date du timbre postal). En substance, il a réitéré les griefs articulés dans la procédure d'opposition, soulignant en particulier son impossibilité de rentrer en Suisse avant le terme de la convalescence de son opération du 4 décembre 2023. Il a ajouté que c'était sur conseil du médecin consulté à Plaisance qu'il s'était rendu à Rome afin que soit accomplie une IRM. Sa sœur l'y avait conduit, étant précisé qu'il devait obligatoirement voyager en position couchée. A son arrivée à Rome, de nouvelles ponctions avaient été réalisées afin de pouvoir procéder à l'IRM. Le Prof. E.____ avait alors confirmé qu'une chirurgie arthroscopique en urgence était nécessaire (cf. son rapport du 28 novembre 2023 joint en pièce 9 du recours). Le recourant a expliqué qu'avant l'intervention, il était demeuré dans l'incapacité de marcher et de rentrer en Suisse. A titre de preuve, il a joint une attestation du 15 novembre 2024 de la Dresse AB.____, spécialiste en médecine

pédiatrique, à Verbier ; elle indiquait que son patient avait dû rester allongé une semaine à la suite d'un traumatisme du genou avec une atteinte méniscale ; cette immobilisation avait eu pour but de résorber le liquide contenu dans son genou à la suite du traumatisme ; durant sa convalescence, il n'avait pas pu voyager (pièce 10 du recours) ; elle recommandait néanmoins que son patient soit vu par un spécialiste en orthopédie. Le recourant a également produit une attestation du Prof. AC.____, chirurgien orthopédiste consulté le 30 novembre 2023, ayant suivi l'assuré du 1^{er} au 4 décembre 2023 et l'ayant opéré au sein de la C. ____ le 4 décembre 2023. Dans cette attestation, datée du 14 novembre 2024, le spécialiste a confirmé que l'intervention était urgente et a ajouté que la déficience fonctionnelle importante avait rendu le patient inapte à voyager, que ce soit par voie aérienne ou terrestre, jusqu'à ce qu'une intervention chirurgicale soit effectuée. La possibilité de voyager n'avait été recouvrée que trois jours après l'intervention du 4 décembre 2023 (pièce 11 du recours). Le recourant estimait que la situation d'urgence et son impossibilité de voyager, attestées par ses médecins traitants, avaient été insuffisamment prises en compte. En particulier, son inflammation n'avait jamais diminué malgré les ponctions et la prise d'anti-inflammatoires ; un retour en Suisse avait dès lors été impossible. Le recourant a conclu à l'annulation de la décision entreprise et à ce que l'intimée soit condamnée à prendre en charge les frais médicaux urgents qui lui avaient été adressés, le tout sous suite de frais à charge de l'intimée.

Dans une prise de position du 7 janvier 2025, le Dr G. ____ a confirmé ses conclusions antérieures (pièce 33 joint au mémoire-réponse).

L'intimée a conclu au rejet du recours par mémoire-réponse du 13 février 2025. Elle a répété que les Drs G.____, O.____ et D.____ avaient tous trois expliqué de manière claire qu'après la première consultation chez le Dr K.____ avec arthrocentèse, le recourant aurait pu rentrer en Suisse pour y poursuivre son traitement. S'agissant des derniers rapports médicaux produits en procédure, l'intimée a relevé que la Dresse AB.____ n'avait apporté aucun élément nouveau ; après avoir rappelé la teneur du rapport du Dr AC.____, l'intimée a ajouté que les rapports des médecins traitants devaient être considérés avec circonspection ; or, après avoir pris position sur ces nouveaux rapports, le Dr G.____ avait confirmé ses conclusions antérieures quant à l'exigibilité d'un retour en Suisse pour poursuite du traitement. L'intimée a souligné que l'opération, d'ailleurs accomplie dans une institution privée, n'avait été faite que dix jours après la consultation et l'arthrocentèse du 24 novembre et que, selon un comparateur d'itinéraire, le voyage Plaisance-Rome avait duré au moins 5 heures alors qu'un retour

en Suisse eût été nettement plus court. L'intimée a par ailleurs contesté avoir, à quelconque moment, donné son accord exprès quant à la prise en charge des prestations litigieuses. L'intimée a dès lors confirmé son refus de prise en charge des soins dispensés à Rome du 27 novembre au 4 décembre 2023 et ayant été facturés à hauteur d'un montant de EUR 5766,87, soit CHF 5499.-. A titre informatif, elle a précisé que le recourant ne lui avait toujours pas transmis de facture pour sa première consultation avec arthrocentèse du 24 novembre 2023 auprès du Dr K.____ à Plaisance, laquelle ne faisait en toute hypothèse pas l'objet du présent litige puisque les factures refusées ne portaient que sur les consultations et traitements accomplis à Rome.

Le recourant a maintenu ses conclusions par réplique du 25 mars 2025. Il a répété qu'après avoir consulté le Dr K.____, et malgré sa ponction, il demeurait dans l'impossibilité de marcher correctement et, encore moins, de conduire, raison pour laquelle le Dr K.____ avait préconisé une IRM afin de préciser la gravité de la lésion. S'agissant de sa capacité à rentrer en Suisse, il estimait que le Dr G.____ n'avait pas pris en compte le fait que, dans l'incapacité de conduire, il aurait dû emprunter un taxi ou un transport médicalisé pour se rendre de Plaisance à Verbier, lieu de son domicile, ce qui aurait engendré des coûts extrêmement élevés pour l'assurance. En revanche, sa sœur avait pu le conduire à Rome dans son véhicule tandis qu'il s'était couché à l'arrière vu son incapacité à maintenir sa jambe vers le bas. Il a ajouté qu'après chaque ponction, son genou avait à nouveau enflé, bloquant tout mouvement normal, empêchant la conduite et, donc, son retour à domicile ; à son avis, l'opération en Italie était le seul moyen de débloquer son genou. Le recourant a ajouté s'être rendu dans une clinique privée en raison de l'absence de place dans les hôpitaux publics. Il a encore souligné que les constatations du Dr AC.____ étaient fondées sur des examens médicaux et non seulement sur des documents.

L'intimée a également maintenu sa position par duplique du 15 mai 2025. Elle a souligné que ses médecins-conseils avaient pu prendre connaissance de l'ensemble des rapports médicaux au dossier leur permettant de transmettre leur avis à l'assureur ; il n'avait donc été ni nécessaire ni exigible qu'ils voient l'assuré en personne, ce d'autant moins qu'au moment des faits ce dernier se trouvait en Italie. S'agissant des motifs l'ayant motivé à se rendre à Rome au lieu de rentrer en Suisse, l'intimée a rappelé que, selon le courriel adressé le 1^{er} décembre 2023 à Helsana (pièce 7 du dossier de Philos), le recourant avait lui-même souligné les aides familiales dont il avait pu bénéficier durant son séjour en Italie. Elle a encore souligné qu'un retour dans un établissement médical public en Suisse, possible avec un trajet plus court que celui pour se rendre à Rome, se justifiait

d'autant plus que le recourant avait lui-même mis en avant le manque de disponibilité dans les hôpitaux publics italiens. Pour le surplus, l'intimée a souligné la valeur probante des avis motivés des médecins-conseils et du Dr O._____.

L'échange d'écritures a été clos le 16 mai 2025.

Considérant en droit

1. 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 présente loi ou la loi du 26 septembre 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie (LSAMal) ne dérogent expressément à la LPGA.

Posté le 20 novembre 2024, le recours contre la décision sur opposition du 17 octobre précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA). La Cour de céans est compétente pour traiter des recours dirigés à l'encontre des décisions sur opposition rendues en matière d'assurance-maladie (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81a LPJA). Le recours répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

2.

2.1 A titre préliminaire, on relève que l'article 36 alinéa 5 OAMal réserve « les dispositions sur l'entraide internationale en matière de prestations », soit l'ALCP (Accord entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres d'autre part, sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 ; RS 0.142.112.681).

Avec cet accord, 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), en appliquant, notamment dans le domaine de l'assurance-maladie, le Règlement (CE) 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 (RS 0.831.109.268.1) et le Règlement (CE) 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 (RS 0.831.109.268.11).

Or, en présence d'une demande de remboursement des services d'un prestataire de soins privés réalisés volontairement sans l'accord de l'assurance, les conditions

d'application de ces dispositions ne sont pas remplies (cf. arrêt AM 33/20 - 28/2021 du Tribunal cantonal vaudois du 30 juin 2021). C'est donc à la lumière du droit national qu'il y a lieu d'examiner le cas.

2.2 Aux termes de l'article 24 LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10), l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux articles 25 à 31 de cette même loi en tenant compte des conditions prévues aux articles 32 à 34 LAMal.

Selon l'article 25 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (al. 1). Ces prestations comprennent, en particulier, les examens et traitements dispensés sous forme ambulatoire, en milieu hospitalier ou dans un établissement médico-social ainsi que les soins dispensés dans un hôpital par des médecins, par des chiropraticiens ou par des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat d'un médecin ou d'un chiropraticien (al. 2 let. a ch. 1 à 3), ainsi que les analyses, médicaments, moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques prescrits notamment par un médecin (al. 2 let. b), le séjour à l'hôpital correspondant au standard de la division commune (al. 2 let. e) et une contribution aux frais de transport médicalement nécessaires (al. 2 let. g).

2.3 Aux termes de l'article 34 alinéa 2 lettre a LAMal, le Conseil fédéral peut prévoir la prise en charge, par l'assurance obligatoire des soins, des coûts des prestations visées aux articles 25 alinéa 2 ou 29 LAMal fournies à l'étranger pour des raisons médicales. Par « raison médicale », il faut entendre soit des cas d'urgence, soit des cas dans lesquels il n'y a pas en Suisse l'équivalent de la prestation à fournir (ATF 128 V 75 consid. 1b ; arrêt du Tribunal fédéral administratif K 65/03 du 5 août 2003 consid. 2.1).

Faisant usage de cette délégation de compétence, l'autorité exécutive a édicté l'article 36 OAMal (ordonnance fédérale du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102), intitulé « Prestations à l'étranger ». Selon l'alinéa 2 de cette disposition, 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. Cette dernière condition s'examine sous l'angle de la proportionnalité en tenant compte également d'aspects non médicaux, tels que les coûts du retour en comparaison des coûts du traitement (arrêt du Tribunal fédéral 9C_35/2010 du 28 mai 2010 consid. 3, 9C_11/2007 du 4 mars 2008 consid. 3.2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral

administratif K 24/04 du 20 avril 2005 consid. 4). Un séjour à l'étranger est considéré comme temporaire tant que la personne concernée a l'obligation de s'assurer en Suisse du fait de son domicile suisse (EUGSTER, Krankenversicherung, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3^e éd., Bâle 2016, n° 544 p. 575).

En vertu de l'article 36 alinéa 4 OAMal, les prestations visées aux alinéa 1 et 2 de cette disposition sont prises en charge jusqu'à concurrence du double du montant qui aurait été payé si le traitement avait eu lieu en Suisse.

Pour le surplus, la prise en charge de toute prestation demeure soumise aux principes généraux d'efficacité, d'adéquation et d'économicité (cf. art. 32 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 128 V 159 consid. 5c/aa). La question de son caractère approprié s'apprécie en fonction du bénéfice diagnostique ou thérapeutique de l'application dans le cas particulier, en tenant compte des risques qui y sont liés au regard du but thérapeutique (ATF 127 V 138 consid. 5). Le caractère approprié relève en principe de critères médicaux et se confond avec la question de l'indication médicale : lorsque l'indication médicale est clairement établie, le caractère approprié de la prestation l'est également (ATF 125 V 95 consid. 4a). Le critère de l'économicité concerne le rapport entre les coûts et le bénéfice de la mesure, lorsque dans le cas concret différentes formes et/ou méthodes de traitement efficaces et appropriées entrent en ligne de compte pour combattre une maladie (ATF 127 V 138 consid. 5).

2.4 Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 et les références ; cf. aussi ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_995/2010 du 1^{er} décembre 2011 consid. 3.2).

La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire. D'après ce principe, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en

particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 précité consid. 2 et les références ; cf. aussi ATF 130 I 180 consid. 3.2). 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 (ATF 126 V 319 consid. 5a).

Le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse (art. 61 let. c LPGA). Dans le domaine médical, le juge doit ainsi examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (arrêt du Tribunal fédéral 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral administratif I 32/05 du 20 mars 2006 consid. 5.2).

Si les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves ni sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt que sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation mais son contenu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1, 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2 et 8C_862/2008 précité consid. 4.2).

3.

3.1. A titre préalable, comme l'a relevé l'intimée, il est souligné que les premiers soins (consultation et ponction du genou droit) prodigués à Plaisance par le Dr K.____ ne font pas l'objet du présent litige. Il sied ici uniquement d'examiner le droit à la prise en charge des soins apportés au recourant après son départ de Plaisance, plus exactement les examens et traitements accomplis à Rome entre le 27 novembre et 5 décembre 2023.

Il n'est pas contesté que le type de traitements alors dispensés au recourant l'est couramment en Suisse. Partant, une exception au principe de la territorialité selon l'article 36 alinéa 1 OAMal en corrélation avec l'article 34 alinéa 2 LAMal n'entre pas en considération. Les traitements médicaux prodigués à Rome au recourant, dont les factures y relatives ont été produites par courriel de l'assuré du 8 février 2024, ne peuvent donc être à la charge de l'assurance obligatoire des soins que s'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'ils ont été effectués en urgence au sens de l'article 36 alinéa 2 OAMal.

Sur ce point se posent d'une part la question de la possibilité du report du traitement et d'autre part celle de l'exigibilité d'un retour en Suisse. Il est rappelé qu'il appartient à l'assuré de rendre vraisemblable l'urgence (EUGSTER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Krankenversicherung [KVG], 2^{ème} éd., Zurich/Bâle/Genève 2010, n° 8 ad. art. 34).

3.2 Contrairement à ce que semble penser le recourant, l'intimée n'a jamais prétendu qu'il s'était volontairement rendu en Italie pour faire soigner son genou. Cela ne suffit toutefois pas pour retenir que les conditions d'une prise en charge en cas d'urgence étaient réalisées, l'exigibilité d'un retour en Suisse devant également être examinée en cas de survenance d'un problème de santé durant un séjour à l'étranger.

Pour fonder ses conclusions, l'intimée s'est appuyée sur les avis de ses médecins-conseils ainsi que sur la prise de position du Dr O.____, praticien d'une compétence reconnue puisque spécialiste en chirurgie générale et traumatologie, membre FMH, médecin d'arrondissement de la SUVA. Les diagnostics et l'origine malade ne sont pas ou plus contestés dans le cadre de la présente procédure. L'IRM du 27 novembre 2023 a notamment confirmé une pathologie dégénérative (chondropathie et méniscopathie médiale). Dans son rapport du 7 mai 2024, le Dr G.____ a confirmé les diagnostics de lésion méniscale interne, chondropathie fémorotibiale interne du genou droit, étant précisé que le problème avait consisté en une douleur aggravante et des épisodes de volumineuse hydro-arthrite dans le genou droit après un effort physique.

En particulier, les Drs G.____, D.____ et O.____ ont unanimement retenu qu'après les premiers soins avec ponction accomplis par le Dr K.____, - dont les frais auraient pu être pris en charge par l'assurance-maladie si l'assuré en avait fait la demande (cf. également l'avis du Dr D.____ du 14 mai 2024) -, un retour en Suisse était exigible pour la poursuite du traitement.

De fait, il ressort des premières déclarations de l'assuré, qu'il a préféré se faire conduire de Plaisance à Rome (environ 5h30 de trajet en voiture) au lieu de se faire raccompagner en Suisse (Plaisance-Verbier : environ 4h de trajet), parce qu'il vivait seul à son domicile de Verbier et n'y connaissait personne susceptible de l'aider (cf. son courriel du 9 mars 2024) ; selon ses propres explications, c'est parce que sa mère vivait à Rome et pouvait l'assister, notamment pour ses visites médicales et son quotidien, qu'il a choisi de se faire transporter dans cette ville afin d'y accomplir d'autres examens (IRM), requérir des avis médicaux spécialisés et, si nécessaire, s'y faire opérer (cf. son courriel à Helsana du 1^{er} décembre 2023, pièce 3 du recours). Or, il ressort de ses déclarations qu'après la ponction accomplie à Plaisance, il ne pouvait certes sans doute pas conduire mais arrivait en revanche à marcher lentement avec une béquille (cf. son courriel du 1^{er} décembre 2023 ; *op. cit.*). Il n'était dès lors pas totalement immobilisé et, avant qu'une nouvelle ponction ne soit nécessaire, il aurait pu demander à son ami de le ramener de Plaisance à Milan afin qu'il y prenne le plus rapidement possible un train pour Martigny (environ 3h30 avec des possibilités de train direct ou avec un seul changement de correspondance à Brigue) pour y être directement hospitalisé. Force est en effet d'admettre qu'une telle solution eût été manifestement raisonnable, tant en durée de trajet qu'en coût. Comme l'a justement relevé le Dr O.____, à défaut de vouloir prendre le train, l'assuré aurait en toute hypothèse pu se faire conduire par sa sœur ou son ami dans un établissement suisse moins éloigné, par exemple à l'hôpital de Mendrisio (1h30 de trajet depuis Plaisance), au lieu de se faire véhiculer jusqu'à Rome – où d'ailleurs, selon les dires du recourant, aucun établissement public ne pouvait l'accueillir.

Le Dr D.____ a en outre attesté dans son avis du 14 mai 2024 qu'après les soins accomplis en urgence à Plaisance, un rapatriement en Suisse était possible avec une attelle et des cannes, ce qui a été confirmé le 17 septembre 2024 par le Dr G.____ et le 22 août 2024 par le Dr O.____. Ce dernier a souligné qu'après la ponction évacuatrice accomplie, l'état de santé du recourant était compatible avec un retour en Suisse pour se faire traiter, sa pathologie ne constituant pas une urgence légitimant une intervention en Italie. De plus, si, avec l'assentiment du Dr K.____, il a pu faire 5h30 de trajet en voiture pour aller à Rome, on ne conçoit pas pour quelle raison médicale il n'aurait pas pu faire un trajet équivalent, *a fortiori* de durée inférieure, pour se rendre dans un établissement de soins en Suisse. On ajoutera finalement que le recourant n'a été opéré que le 4 décembre 2023, soit 10 jours après les soins donnés par le Dr K.____, ce qui tend également à nier l'existence d'une urgence empêchant un retour en Suisse.

A l'aune de ces éléments, comme l'ont relevé tant les médecins-conseils que le Dr O.____, il sied dès lors d'admettre que c'est pour des motifs de convenance personnelle (aide de proches/famille, souhait de consulter certains spécialistes italiens) et non d'urgence médicale, que l'assuré s'est rendu à Rome afin de poursuivre ses examens et d'y être opéré dans une clinique privée. S'il est compréhensible qu'il ait recherché la solution lui paraissant la plus confortable et pratique, cela ne suffisait toutefois pas à fonder ici un contexte d'urgence tel qu'exigé par la LAMal, légitimement nié par l'intimée. On soulignera encore que le recourant a implicitement admis ne pas s'être posé la question de la nécessité de rentrer en Suisse afin de garantir une prise en charge par son assurance-maladie puisque, de son propre aveu, jusqu'à la décision de refus d'Helsana du 18 décembre 2023, il était parti du principe que son traitement serait pris en charge par son assurance-accidents.

S'agissant des attestations médicales délivrées au recourant en cours de procédure, outre la réserve à émettre à l'égard des avis émis par les médecins traitants compte tenu de leur lien particulier avec le patient, réserve déjà rappelée par l'intimée, on confirmera la constatation du médecin-conseil selon laquelle la Dresse AB.____ n'a apporté aucun élément nouveau ; s'agissant de la capacité de voyager, on relèvera que *de facto* et, même, avec l'approbation du Dr K.____, le recourant a bel et bien été médicalement en état de faire un trajet en voiture de 5h30 pour se rendre à Rome, ce qui atteste de sa capacité à se déplacer en date du 24 novembre 2023. Quant au Dr AC.____, on ne saurait occulter qu'il a posé son avis à l'aune de la situation prévalant uniquement à compter de sa prise en charge du patient en date du 1^{er} décembre 2023 et non de celle déterminante pour fixer l'exigibilité d'un retour en Suisse, à savoir directement après les premiers soins apportés à Plaisance en date du 24 novembre 2023. Son avis ne saurait dès lors mettre en doute les conclusions étayées des médecins-conseils et du Dr O.____ quant à l'exigibilité d'un retour en Suisse après les premiers soins et la ponction du Dr K.____.

Finalement, l'accord de prise en charge qui aurait été communiqué au recourant à l'occasion d'une conversation téléphonique par un collaborateur de Philos est expressément contesté par cette dernière et n'a nullement pu être prouvé par le recourant. Aucune confirmation écrite n'a par ailleurs été requise par ce dernier avant l'intervention du 4 décembre 2023. A défaut de preuve suffisante, cette allégation ne saurait dès lors fonder une obligation à charge de l'intimée.

4. A l'aune de ces éléments, le Tribunal ne saurait faire grief à l'intimée d'avoir refusé la prise en charge du montant de CHF 5499.- (EUR 5766,87) relatif aux soins fournis à

Rome du 27 novembre au 5 décembre 2023 selon factures jointes au courriel du 8 février 2024 (pièce 4 du dossier de Philos).

5. Au vu de ce qui précède, la décision querellée ne prête pas le flanc à la critique. Le recours est ainsi rejeté et la décision sur opposition du 17 octobre 2024 confirmée.

6.

6.1 En application de l'article 61 lettre ^f^{bis} LPGA et vu que la LAMal n'en prévoit pas, il n'est pas perçu de frais judiciaires dans le présent litige portant sur des prestations de l'assurance obligatoire des soins.

6.2 Eu égard à l'issue de la cause, il n'est pas alloué de dépens au recourant (art. 61 let. g LPGA *a contrario*), pas plus qu'à l'intimée (art. 91 al. 3 LPJA).

Prononce

1. Le recours est rejeté.
2. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.

Sion, le 3 décembre 2025