



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2527/2018

ATAS/782/2019

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 2 septembre 2019**

**6<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à GENÈVE

recourant

contre

AVENIR ASSURANCE MALADIE SA, sise rue des Cèdres 5,  
MARTIGNY

intimée

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente ; Teresa SOARES et Jean-Pierre WAVRE,  
juges assesseurs.**

---

**EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né le \_\_\_\_\_ 1958, est assuré auprès d'Avenir, assurance maladie SA, membre du Groupe Mutuel, association d'assureurs (ci-après : l'assurance), selon la LAMal (assurance réseau de soins) et pour une assurance complémentaire pour les soins ambulatoires et hospitaliers selon la LCA.
2. Lors de vacances en Colombie, l'assuré a consulté le 18 juillet 2017 un médecin en raison d'une grippe, lequel, constatant la présence d'une hernie ombilicale, l'a adressé au Docteur B\_\_\_\_\_, coloproctologo ; consulté le 24 juillet 2017, celui-ci a proposé une intervention chirurgicale de la hernie ombilicale, pratiquée le 3 août 2017.
3. Le 30 août 2017, l'assuré a informé l'assurance qu'en vacances en Colombie, il avait consulté un médecin en raison d'une grippe ; une hernie ombilicale ayant été constatée, il s'était fait opéré en Colombie. Il a fourni une copie de plusieurs factures en peso colombien COP (symbolisé \$), soit une facture de médicaments (\$ 71'000), une facture d'une consultation du 18 juillet 2017 auprès du Medicentro Familiar I.P.S. de Bogotá (\$ 80'000), des factures de l'Hospital Universitario San Ignacio de Bogotá, du 24 juillet 2017 « RX de torax » (\$ 59'919.51) et « EKG » (\$ 60'900) ainsi que du 1<sup>er</sup> août 2017 (\$ 1'186'047.17), et des factures du Dr B\_\_\_\_\_, du 24 juillet 2017 (\$ 170'000) et du 1<sup>er</sup> août 2017 (\$ 2'500'000).
4. L'assurance a établi le 13 septembre 2017 un décompte de prestations selon lequel les factures du Medicentro Familiar I.P.S. de \$ 80'000 et de la Farmacia institucional de \$ 32'000 étaient remboursées. N'étaient pas reconnues les factures de l'Hospital Universitario San Ignacio de \$ 59'919.51, de \$ 1'186'047.17 et de \$ 60'900, du Dr B\_\_\_\_\_ de \$ 170'000 et de \$ 2'500'000, ainsi que le médicament Muxol Adulto (\$ 32'000). Selon le taux de change de 6.03150, le montant équivalent en francs suisse non remboursé était de CHF 1'295.45 (soit CHF 1'285.40 + CHF 10.05 de médicaments).
5. A la demande de l'assurance, l'assuré a répondu le 24 septembre 2017 à un questionnaire concernant les soins reçus à l'étranger. Il a indiqué qu'il avait été soigné à Bogotá, Colombie, par le Dr B\_\_\_\_\_ et l'Hospital Universitario San Ignacio durant son séjour du 4 juillet au 23 août 2017, qu'il n'était pas en traitement pour l'affection en cause avant son séjour à l'étranger, qu'il avait consulté à son retour le docteur C\_\_\_\_\_, FMH médecine générale, qu'il avait présenté une hernie ombilicale (maladie) le 3 août 2017. Il a communiqué un « reporte historica clinica del controles » du Dr B\_\_\_\_\_ du 24 juillet 2017 attestant d'un diagnostic d'« hernia umbilical sin obstruccion ni gangrena (K 429) ».
6. Le 25 octobre 2017, l'assurance a informé l'assuré que le traitement en cause étant planifié, sans caractère urgent démontré, sa prise en charge était refusée, conformément au décompte de prestations du 13 septembre 2017.

7. Le 6 novembre 2017, l'assuré a écrit à l'assurance qu'il requérait le remboursement de ses frais de traitement, celui-ci relevant d'une intervention urgente, la hernie ombilicale étant apparue de manière inopinée.
8. Par décision du 16 janvier 2018, l'assurance a refusé la prise en charge de CHF 1'285.40 (COP 3'976'866.68), selon le décompte de prestations du 13 septembre 2017, au motif que le traitement en cause avait été effectué volontairement à l'étranger.
9. Le 16 février 2018, l'assuré a fait opposition à la décision du 16 janvier 2018 ; selon le « reporte historia clinica del controles », la hernie ombilicale était de 3 cm et accompagnée de douleur à la palpation, de sorte que l'intervention avait un caractère urgent ; un retour en Suisse comportait un risque évident (voyage en avion de 13 heures) ; il ne s'était pas rendu en Colombie dans le but de se faire soigner et ne connaissait pas ce problème médical.
10. Le 5 avril 2018, le docteur D\_\_\_\_\_, médecin-conseil du Groupe Mutuel, a rendu un avis selon lequel le diagnostic était celui d'hernie ombilicale de 3 cm normale, soit une hernie ombilicale simple, sans complication, de sorte que l'opération n'avait pas été effectuée en urgence et qu'un retour en Suisse aurait été possible.
11. Par décision du 25 juin 2018, l'assurance a rejeté l'opposition de l'assuré en relevant que selon les informations à sa disposition, l'assuré avait consulté, en date du 18 juillet 2017, le Medicentro Familiar pour cause de grippe. Lors de cette consultation, le docteur traitant avait également constaté qu'il avait une hernie ombilicale. Cette première visite médicale avait été considérée comme étant un traitement effectué en urgence et avait donc été remboursée en totalité par le biais de l'assurance obligatoire de soins. Quant à la facture de médicaments datée du 18 juillet 2017, celle-ci avait été remboursée partiellement, car le produit Muxol Adulto était un médicament non reconnu par l'Institut suisse des produits thérapeutiques (Swissmedic). En date du 24 juillet 2017, l'assuré avait consulté pour sa hernie ombilicale le Dr B\_\_\_\_\_ spécialisé en proctologie. Une intervention le 3 août 2017, soit neuf jours plus tard, avait été convenue. De l'avis du médecin-conseil de l'assurance, les soins survenus du 24 juillet au 1<sup>er</sup> août 2017, en Colombie, relevaient de traitements effectués volontairement en Colombie, étant donné que l'assuré avait la possibilité de rentrer en Suisse pour soigner la hernie ombilicale, d'une part, et de planifier une opération en Suisse, d'autre part. Sur la base de ces éléments, le refus de prise en charge des frais était confirmé, à hauteur de CHF 1'285.40 (COP 3'976'866.68) par le biais de l'assurance obligatoire de soins.
12. Le 23 juillet 2018, l'assuré a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision sur opposition du 25 juin 2018, en concluant au remboursement intégral des frais de traitement dus à la hernie ombilicale subie en Colombie ; il n'avait pas planifié l'intervention chirurgicale ; un retour en Suisse comprenait des risques élevés de complications ; l'intervention en Colombie relevait du bon sens, afin de limiter les complications possibles ; un

---

retour en Suisse n'était pas approprié ; il demandait le remboursement de CHF 1'285.40.

13. Le 16 août 2018, l'assurance a conclu au rejet du recours, au motif que l'intervention de la hernie ombilicale, effectuée neuf jours après la consultation, n'avait pas été pratiquée en urgence ; aucun rapport médical n'attestait de complication éventuelle en cas de retour de l'assuré en Suisse.
14. Le 14 septembre 2018, le recourant a répliqué en relevant que la décision de programmer l'intervention en Colombie était la plus adéquate, ce d'autant qu'il présentait des douleurs à la palpation ; l'avis du médecin qui l'avait examiné primait sur celui du médecin-conseil de l'assurance qui donnait une appréciation à distance et a posteriori.
15. A la demande de la chambre de céans, le Dr C\_\_\_\_\_ a donné le 24 octobre 2018 des renseignements. Il suivait l'assuré depuis novembre 2007 ; il n'avait pas posé le diagnostic d'hernie ombilicale antérieurement au départ en Colombie de l'assuré le 4 juillet 2017 ; il ne pouvait pas dire si le diagnostic posé en Colombie impliquait une intervention en urgence car il n'avait pas effectué la consultation, ni si l'intervention pratiquée en Colombie l'avait été en urgence ; pour apprécier le degré de l'urgence et la possibilité pour l'assuré de rentrer en Suisse se faire opérer, il fallait obtenir les explications des médecins colombiens.
16. Le 19 novembre 2018, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

Le recourant a déclaré : « Je suis parti en vacances en Colombie autour du 4 juillet 2017 et mon retour était prévu autour du 25 août 2017.

Le 18 juillet 2017 j'ai consulté un médecin en raison d'une grippe, lequel a constaté que j'avais une hernie ombilicale car mon nombril était volumineux et j'avais des douleurs à la palpation. Il m'a dit que je devais me faire opérer. J'ai décidé de consulter un spécialiste, le Dr B\_\_\_\_\_, lequel a confirmé que je devais me faire opérer de la hernie ombilicale. J'ai pris rendez-vous par téléphone avec ce médecin, lequel m'a donné rendez-vous quelques jours après le 18 juillet. Il a confirmé le diagnostic d'hernie ombilicale et m'a dit qu'il y avait un signe préoccupant, soit une douleur au touché, de sorte qu'il fallait planifier une intervention. Cette douleur n'était selon lui pas un bon signe. Je lui ai dit que j'avais une assurance suisse qui couvrait selon moi l'intervention en Colombie. A mon souvenir j'ai été opéré le 3 août. J'avais une sensibilité et une douleur au nombril, lequel était gonflé.

Je n'ai pas le souvenir d'avoir parlé avec le Dr B\_\_\_\_\_ du risque de ne pas me faire opérer. Je n'ai pas envisagé de rentrer en Suisse car j'ai suivi le conseil de mon médecin qui disait qu'il fallait me faire opérer. Le Dr B\_\_\_\_\_ a évoqué des complications qui pouvaient arriver avec la hernie ombilicale, il a dit quelque chose comme « ça peut s'étrangler », et évoluer en péritonite. Dans ces conditions je ne pouvais pas prendre le risque de faire 15 heures de voyage pour rentrer en Suisse.

---

Le Dr B \_\_\_\_\_ a fixé la date de l'intervention en fonction des disponibilités de la Clinique. Avant de partir en Colombie je n'avais jamais eu de symptôme d'une hernie ombilicale. L'assurance me dit que le Dr B \_\_\_\_\_ a facturé le 1er août son intervention. Il est en effet probable que ce médecin ait établi sa facture antérieurement à l'opération du 3 août. A mon souvenir j'ai même dû payer la facture de l'intervention avant celle-ci. C'est ce qui était exigé par le Dr B \_\_\_\_\_ et la Clinique. J'ai également dû payer à l'avance les examens radiologiques. Pour moi il est illogique que la grippe soit reconnue par l'assurance comme une urgence alors que la hernie ombilicale ne l'est pas. Par ailleurs, je relève que si je m'étais fait opérer en Suisse les frais auraient été plus conséquents.

17. Le 30 novembre 2018, la chambre de céans a communiqué au recourant un courrier de demande de renseignements, traduit en langue espagnole, adressé au Dr B \_\_\_\_\_, en priant le recourant de le faire parvenir au Dr B \_\_\_\_\_.
18. Les 12 février et 13 mars 2019, le recourant a indiqué que le Dr B \_\_\_\_\_ considérait que l'information pertinente était contenue dans l'histoire clinique et qu'il était superflu de répondre aux questions de la chambre de céans.
19. Par ordonnance du 13 mai 2019, la chambre de céans a confié une expertise au docteur E \_\_\_\_\_, FMH chirurgie, service de chirurgie viscérale des HUG en considérant qu'au vu des pièces du dossier, dont l'avis succinct du Dr D \_\_\_\_\_ du 5 avril 2018, elle n'était pas à même de déterminer si un retour en Suisse du recourant était, au degré de la vraisemblance prépondérante, approprié (art. 36 al. 2 OAMal), de sorte qu'une instruction complémentaire s'avérerait nécessaire.
20. Le 12 juillet 2019, le Dr E \_\_\_\_\_ a rendu son rapport d'expertise.

Une hernie non réductible, de 3 cm de diamètre, douloureuse, comme avait présenté l'assuré, était une indication formelle à une intervention chirurgicale en urgence. La question de l'on pouvait se poser était dans quelle mesure il était prudent d'attendre neuf jours avant de réaliser ledit geste chirurgical. Mais dans tous les cas, un retour en Suisse n'était clairement pas indiqué dans le contexte clinique qui était celui de l'assuré à ce moment-là. Il n'était clairement pas prudent de rentrer en Suisse avec une telle pathologie, ce d'autant plus avec un retour qui nécessitait quinze heures d'avion. L'anomalie n'était, à son avis, pas d'opérer en Colombie, mais plutôt d'attendre neuf jours afin de réaliser une opération pour une pathologie qui, selon les standards suisses, devait être prise en charge de manière urgente, soit dans la journée. Le risque encouru était celui d'une incarceration plus importante de la hernie, avec éventuellement une nécrose du matériel qui se trouvait à l'intérieur de la hernie. On pouvait parfois y trouver de la graisse intra-abdominale (épiploon) ou de l'intestin. Dans le deuxième cas, une nécrose pouvait conduire à une perforation intestinale qui rendait le risque péri-opératoire beaucoup plus important et la prise en charge beaucoup plus compliquée. Le Dr B \_\_\_\_\_ avait probablement été rassuré par le fait que la hernie était déjà présente depuis quelques jours, et sans trouble de transit. C'était probablement pour ces raisons qu'il avait souhaité différer, pour des questions de logistique et de disponibilité du bloc opératoire,

---

l'intervention. Ce n'était clairement pas ce que nous aurions fait en Suisse. On pouvait cependant interpréter que, selon la présentation clinique, cette intervention était de nature urgente.

21. Le 9 août 2019, l'assuré a fait part de son accord avec l'ensemble de l'expertise.
22. Le 20 août 2019, l'assurance s'est ralliée à un avis du Dr D\_\_\_\_\_ du 14 août 2019 et a conclu au rejet du recours ; l'intervention neuf jours après la consultation auprès du Dr B\_\_\_\_\_ démontrait qu'il n'y avait pas d'urgence et l'expert ne précisait pas les complications qui auraient pu se présenter lors du vol de retour en Suisse.

Le Dr D\_\_\_\_\_ a indiqué, dans l'avis précité, que le rapport d'expertise contenait beaucoup d'incohérences et qu'il serait difficile d'aller contre l'avis de l'expert qui faisait confiance aux médecins sur place en disant qu'un retour en Suisse n'était pas indiqué. Il a mentionné « urgences !?!? consultation le 25.7 et 9 jours après le 3.8. op pour une hernie incarcerated ? ».

Par ailleurs, l'assurance a communiqué une note interne du 7 août 2019, selon laquelle le rapport de consultation du 24 juillet 2017 mentionnait que l'assuré avait cette hernie ombilicale depuis un an déjà, ce qui contredisait le fait qu'elle avait été découverte par hasard lors d'un contrôle.

23. Le 28 août 2019, l'assuré a observé qu'il n'était pas cohérent d'admettre le caractère urgent pour une grippe et pas pour une hernie ombilicale, laquelle nécessitait d'être traitée, sans prendre le risque d'une complication pouvant survenir lors d'un voyage en avion et que le rapport de l'expert devait être suivi.
24. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 LPGA).
3. Selon l'art. 34 al. 2 let. a LAMal, le Conseil fédéral peut prévoir la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins des coûts des prestations visées aux art. 25, al. 2, et 29 qui sont fournies à l'étranger, pour des raisons médicales ou dans le cadre de la coopération transfrontalière, à des assurés qui résident en Suisse.

Selon l'art. 36 al. 2 et 4 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal - RS 832.102), 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 (al. 2). Les prestations visées aux al. 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; dans les cas prévus à l'al. 3, le montant maximum correspond à celui qui aurait été payé en Suisse. Pour les assurés visés aux art. 4 et 5, la prise en charge des coûts s'effectue sur la base des tarifs et des prix applicables à leur dernier lieu de résidence en Suisse. Si le traitement effectué pour les assurés visés à l'art. 1 al. 2 let. d et e ne suit pas les règles sur l'entraide internationale en matière de prestations, la prise en charge des coûts s'effectue sur la base des tarifs et des prix applicables à leur dernier lieu de résidence ou de travail en Suisse; si aucun de ces lieux ne peut être déterminé, la prise en charge s'effectue sur la base des tarifs et des prix applicables dans le canton du siège de l'assureur (al. 4).

Ce qui est déterminant, 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 R. du 5 août 2003 [K 65/03]; Eugster, in op. cit., ch. 477 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C 11/2007 du 4 mars 2008).

4. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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).
5. a. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

---

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

b. Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

c. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

6. a. En l'occurrence, l'intimée nie le caractère urgent du traitement suivi par le recourant à l'étranger, alors que celui-ci estime que tel est le cas, un retour en Suisse devant être considéré comme inapproprié.

Fondé sur les pièces du dossier, un examen clinique du recourant et un entretien avec celui-ci, comprenant une anamnèse, des constatations objectives et des réponses aux questions posées étayées et claires, le rapport d'expertise judiciaire répond aux réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante.

L'expert judiciaire a considéré que la hernie ombilicale, telle que décrite par le Dr B\_\_\_\_\_, soit de 3 cm de diamètre, non réductible et douloureuse, avec palpation douloureuse, justifiait une intervention chirurgicale en Colombie, sans retour possible en Suisse. Selon les standards suisses, cette intervention aurait plutôt dû être effectuée le jour même du diagnostic et non pas neuf jours plus tard.

---

Le risque encouru en cas de retour en Suisse était une perforation intestinale, ce d'autant qu'il s'agissait d'un voyage en avion de quinze heures.

b. L'intimée conteste la valeur probante de l'expertise judiciaire. Ses griefs ne sont toutefois pas pertinents.

Elle relève tout d'abord que l'expert judiciaire aurait uniquement fait confiance aux médecins ayant pratiqué l'intervention. A cet égard, contrairement à l'avis de l'intimée, l'expert s'est fondé sur les constatations objectives figurant dans les pièces médicales, notamment la description de la hernie ombilicale ainsi que ses propres connaissances médicales.

Ensuite, l'intimée estime que le délai de neuf jours entre la pose du diagnostic et l'intervention prouve le caractère non-urgent de celle-ci. Or, l'expert a expliqué que, selon les standards suisses, une telle hernie ombilicale aurait été opérée le jour-même, de sorte que le délai d'attente précité équivalait à une prise de risque ; en conséquence, cet élément ne peut être considéré comme de nature à démontrer le caractère non-urgent de l'intervention.

L'intimée relève encore que l'expert n'a pas décrit les complications possibles en cas de retour en Suisse et qu'aucun rapport médical n'atteste d'éventuelles complications. Contrairement à l'avis de l'intimée, l'expert a indiqué que le risque encouru était celui d'une incarceration plus marquée de la hernie, avec nécrose et perforation intestinale. En outre, en l'absence de réalisation du risque, le fait qu'aucun rapport médical ne fait état de complications n'apparaît pas singulière.

Enfin, bien que l'intimée ne s'en soit pas prévalue dans sa dernière écriture, la mention figurant dans sa note du 7 août 2019, selon laquelle le recourant aurait présenté une hernie ombilicale depuis un an, est erronée, le Dr B\_\_\_\_\_ ayant mentionné dans son rapport du 24 juillet 2017, non pas que le recourant présentait une hernie ombilicale depuis un an, mais un taux de cholestérol élevé depuis un an.

7. Au vu de ce qui précède, il convient d'admettre que les soins prodigués au recourant, à l'étranger, pour un diagnostic de hernie ombilicale, correspondent à un traitement effectué en cas d'urgence, au sens de l'art. 36 al. 2 OAMal.
8. Partant, l'intimée sera condamnée à prendre en charge tous les frais découlant du traitement précité.

Le recourant n'étant pas assisté d'un conseil et n'ayant pas fait valoir de frais engendrés par la procédure (art. 61 let. g LPGA), il ne lui sera pas alloué d'indemnité de procédure.

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet.
3. Annule la décision de l'intimée du 25 juin 2018.
4. Dit que l'intimée doit prendre en charge les frais de traitement, dans le sens des considérants.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par la voie du recours en matière civile auprès du Tribunal fédéral (av. du Tribunal fédéral 29, case postale, 1000 Lausanne 14), conformément aux art. 72 ss LTF; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le