

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 avril 2015

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Dormond Béguelin et M. Berthoud, assesseurs
Greffière : Mme Preti

Cause pendante entre :

S. _____, à Lausanne, recourante,

et

P. _____ **SA**, à Lausanne, intimée.

Art. 6 LAA ; 4 LPG

E n f a i t :

A. S._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], travaille depuis le 1^{er} mai 1996 auprès de la [...] ([...]) en qualité d'animatrice socioculturelle au taux de 70%. A ce titre, elle est assurée contre les accidents auprès de P._____SA (ci-après : P._____SA ou l'intimée).

Le 14 janvier 2013, à 8h25, en accompagnant sa fille à l'école, l'assurée est tombée dans les escaliers sur le côté. Selon la déclaration d'accident bagatelle du 18 février 2013 de l'employeur, les parties du corps atteintes ont été le bras et l'épaule droits, ainsi que les cervicales, le type de lésion étant décrit comme des « *entorses musculaires* » et les premiers soins donnés par G._____, praticien de santé diplômé, agréé ASCA (Fondation suisse pour les médecines complémentaires) qui lui a prodigué des massages thérapeutiques les 16, 21 et 25 janvier 2013.

A la demande de P._____SA, G._____ lui a fait savoir le 15 mars 2013 qu'il n'était pas habilité à établir un diagnostic. Il faisait toutefois état chez l'assurée d'une subluxation de l'épaule droite entraînant une douleur et une perte de mobilité du bras droit à la suite d'une chute. Son traitement avait consisté en de la mobilisation douce et passive de la coiffe des rotateurs, de la cryothérapie ainsi qu'en un massage thérapeutique.

Le 10 avril 2013, P._____SA a prié l'assurée de lui adresser une prescription médicale d'un médecin qui aurait donné l'ordre d'effectuer la thérapie alternative. L'assurée n'a pas donné suite à cet envoi.

L'assurée a consulté le Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, le 9 janvier 2014. Dans son rapport de consultation du même jour, ce médecin a relevé ce qui suit :

« Le 14.01.2013 fait une chute dans des escaliers en pierre avec choc direct sur le genou droit et le membre supérieur droit. Sur le moment douleur modérée augmentant fortement le soir puis les jours suivants. Elle s'adresse à son ostéopathe qui la soulage, pendant quelques semaines les douleurs ont presque complètement disparu. Elles réapparaissent fortement en mars 2013 de façon dès lors très variable avec une forte dégradation à la fin 2013. [...]

RADIOGRAPHIES

Epaule droite / 3 positions du 09.01.2014 : rapports et structures SP.

TRAITEMENT

Physiothérapie (décoaptation, voies de passage, etc.), complétée par des exercices pendulaires. On renonce aux AINS en raison de la notion d'intolérance. Application de glace. Contrôle en mars 2014. En cas d'évolution défavorable le bilan mériterait d'être contrôlé par une a-IRM. »

Le 12 février 2014, l'assurée a rencontré un inspecteur de P. _____ SA, auquel elle a déclaré ce qui suit :

« En date du 14.1.2013 alors que je conduisais ma fille de 7 ans à l'école, je me suis encoublée en montant les escaliers de la [...]. Tenant ma fille par une main et mon parapluie de l'autre, j'ai heurté les marches avec le genou gauche et l'épaule droite. La douleur à l'épaule étant sourde mais bien présente, j'ai consulté 2 jours plus tard M. G. _____, qui m'a prodigué 3 séances de massages thérapeutiques, avec une amélioration notable des douleurs. Jusqu'à l'automne 2013, gestes « d'économie » pour m'habiller et les autres gestes quotidiens, avec compensation par d'autres mouvements pour éviter les amplitudes extrêmes de mon épaule. Réaugmentation des douleurs à l'automne qui m'a poussé à consulter La J. _____. Voir rapport du Dr H. _____. Actuellement, traitement de physio en cours. Eventuelle infiltration évoquée si pas d'amélioration. Pas d'antécédents pour cette épaule droite. »

Le 25 mars 2014, le médecin conseil de [...], le Dr C. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a invité la médecin traitant de l'assurée, la Dresse O. _____, médecin généraliste, à lui donner des renseignements sur l'état général de sa patiente (obésité, hypercholestérolémie, tabagisme, autres pathologies liées à l'épaule droite, ainsi que sur le point de savoir si elle avait consulté pour l'épaule droite et quand).

La Dresse O._____ a fait savoir au Dr C._____ le 10 avril 2014 que l'assurée était en bon état général et ne fumait pas. Elle présentait une légère surcharge pondérale et avait des migraines fréquentes. La Dresse O._____ a encore relevé ce qui suit :

« Souffrant de l'épaule D après une chute en 2013, elle a suivi quelques séances de physio-ostéo qui ont amélioré la symptomatologie.

La situation se dégradant à nouveau, elle a consulté le Dr H._____, av. [...] à Lausanne de son propre chef (cf. copie du rapport du Dr H._____) début 2014.

Mme S._____ est en suite de traitement chez notre confrère.

Je ne l'ai donc pas eue en consultation pour ce problème particulier. »

Le 16 mai 2014, P._____SA a demandé au Dr H._____ de renseigner son médecin conseil sur l'évolution du cas de l'assurée depuis sa consultation du 9 janvier 2014 et préciser le traitement entrepris et les résultats.

Le 16 juin 2014, le Dr H._____ a fait savoir à P._____SA que la patiente avait été vue le 9 mai 2014 et que l'épaule gauche présentait toujours une limitation fonctionnelle. L'abduction et l'antépulsion s'arrêtaient à 120° environ, ce qui n'avait pas empêché une reprise du travail à 100% le 28 avril 2014. Un nouveau rendez-vous était prévu le 23 juin 2014.

Le dossier de l'assurée a été soumis au médecin-conseil de l'assureur-accidents. Ce dernier a observé que l'intéressée avait consulté un an après l'événement, rendant la causalité naturelle tout au plus possible, l'absence de traitement durant cette période rendant également la causalité naturelle douteuse. En l'absence de consultation, et s'agissant d'une simple contusion de l'épaule droite, le médecin-conseil relevait « 10 jours max ». Il a en outre noté qu'il n'y avait pas d'élément objectif (radiographies, IRM) permettant d'aller « dans un sens ou dans l'autre », le seul élément étant celui d'une contusion de l'épaule droite.

Par décision du 25 juillet 2014, P._____SA a estimé que l'examen du dossier de l'assurée ne démontrait pas l'existence d'un

rapport de causalité au moins probable entre l'accident du 14 janvier 2013 et les troubles ayant nécessité la prise en charge médicale à partir du 9 janvier 2014, si bien que la prise en charge des frais encourus à compter du 9 janvier 2014 relevait de l'assurance-maladie. P. _____ SA a en outre refusé la prise en charge des frais de physiothérapie prodigués à l'assurée du 16 janvier au 11 mars 2014, ainsi que les notes d'honoraires de J. _____.

Le 19 août 2014, l'assurée a formé opposition à cette décision. Elle a fait valoir en substance qu'après avoir suivi le traitement de G. _____, il était demeuré une certaine gêne, qui s'était réactivée lors d'activités sollicitantes sur son lieu de travail, notamment lors de la Fête [...] du [...] 2013 ou de la Fête [...] du [...] 2013. Elle avait alors décidé de prendre rendez-vous à la J. _____ mais n'avait obtenu un rendez-vous que le 26 novembre 2013 auprès du Dr E. _____. Ce dernier avait constaté qu'elle avait été mal orientée, ce qui avait conduit à la prise d'un rendez-vous, le 9 janvier 2014, auprès du Dr H. _____. A cette occasion, une radiographie avait été effectuée, qui avait confirmé le diagnostic du Dr H. _____, soit un conflit sous-acromial avec tendinite, versus lésion du sus-épineux à l'épaule droite. Elle expliquait n'avoir jamais souffert de ce genre de lésions en dehors de l'accident.

Le 29 août 2014, puis, sans réponse, le 29 septembre 2014, P. _____ SA a réinterpellé le Dr H. _____ afin qu'il la renseigne sur l'évolution de l'épaule droite de l'assurée, son courrier du 16 mai 2014 ayant trait à l'épaule gauche.

Le Dr H. _____ a répondu à P. _____ SA le 7 octobre 2014 que la patiente avait initialement été vue pour une lésion de l'épaule droite consécutive à une chute survenue le 14 janvier 2013. De ce côté, l'évolution actuelle était tout à fait satisfaisante, avec récupération d'une fonction complète et indolore, les signes de conflit ayant régressé. Actuellement, c'était l'épaule gauche qui était l'objet d'un traitement. Celle-ci avait été blessée lors d'une chute à cheval, le 1^{er} mars 2014, le Dr H. _____ précisant qu'« *un rapport correspondant vous a été adressé* ».

Par décision sur opposition du 23 octobre 2014, P. _____ SA a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé sa décision.

B. Par acte du 13 novembre 2014, S. _____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant implicitement à la prise en charge par l'intimée des suites de l'événement du 14 janvier 2013. En substance, elle fait valoir que la douleur se réveillait régulièrement, si bien qu'elle avait téléphoné en août 2013 à la J. _____, où elle avait toutefois été mal orientée. Lors de sa consultation du 9 janvier 2014, le Dr H. _____ avait effectué une radiographie qui avait confirmé le diagnostic de conflit sous-acromial avec tendinite, versus lésion du sus-épineux à l'épaule droite. Il en était résulté neuf séances de physiothérapie avec fin du traitement de physiothérapie le 11 mars 2014. La recourante explique ne jamais avoir souffert de ce genre de lésions auparavant, déplorant que le Dr C. _____ ne l'ait pas examinée, et doutant qu'un état « *dégénératif* » ait pu être stoppé en neuf séances de physiothérapie avec « *récupération complète et indolore, les signes de conflit ayant régressé* » (selon rapport du Dr H. _____ du 7 octobre 2014). Pour la recourante, on est loin de la simple contusion associée à un état dégénératif maladif.

Dans sa réponse du 16 décembre 2014, P. _____ SA propose le rejet du recours, en relevant que les troubles avaient presque entièrement disparu après les trois séances de massage thérapeutique, la réapparition ou l'aggravation des plaintes à l'automne 2013 ne pouvant être mise dans un rapport de causalité pour le moins probable avec la contusion subie le 14 janvier 2013.

Invitée à répliquer, la recourante ne s'est pas déterminée.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1)

s'appliquent en principe à l'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile et satisfait en outre aux autres conditions légales de recevabilité (cf. art. 61 let. b LPGA notamment). Il y a ainsi lieu d'entrer en matière.

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

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53, confirmé par TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009 consid 2.1).

b) En l'occurrence, est litigieuse la question de l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident subi par la recourante le 14 janvier 2013 et les troubles présentés par cette dernière après cet événement, singulièrement à compter de l'automne 2013. Plus particulièrement, l'intimée soutient que la relation de causalité ne peut être admise que pour une période de dix jours après l'accident, tandis que

la recourante estime que ce lien a perduré et l'a contrainte à consulter le Dr H. _____ et à suivre un traitement de physiothérapie.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, sauf disposition contraire de la loi, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 402 consid. 4.3 ; TF 8C_858/2008 du 14 août 2009 consid. 3 ; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Vol. XIV, 2^e éd., n° 79 p. 865).

Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans la survenance de l'accident (statu quo sine ; cf. TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.3). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement post hoc ergo propter hoc ; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_6/2009 du 30 juillet 2009 consid. 3). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (TF 8C_262/2008 du 11 février 2009 consid. 2.2).

La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (TF U 307/05 du 8 janvier 2007 consid. 4 ; TFA U 222/04 du 30 novembre 2004 consid. 1.3).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et 402 consid. 2.2, 125 V 456 consid. 5a et les références ; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2).

4. a) Pour pouvoir se prononcer sur le droit à des prestations, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

b) Selon l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). Conformément au principe inquisitoire régissant la procédure dans le domaine des assurances sociales, il appartient en premier chef à l'administration de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quelles sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en œuvre

dans un cas d'espèce donné. Elle dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (cf. TF U 316/06 du 6 juillet 2007 consid. 3.1.1). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2).

5. En l'espèce, la recourante soutient que l'événement du 14 janvier 2013 l'a conduite à consulter G._____, puis le Dr H._____, et à bénéficier de séances de physiothérapie. Pour sa part, l'intimée estime que l'atteinte a consisté en une simple contusion, qui a pu jouer un rôle dans les plaintes émises par la recourante uniquement durant une dizaine de jours.

La recourante n'a pas consulté de médecin à la suite de l'événement du 14 janvier 2013, mais a bénéficié de trois séances de massages thérapeutiques, les 16, 21 et 25 janvier 2013, dispensés par un praticien de santé ASCA. Invitée par l'intimée à lui adresser une prescription médicale d'un médecin qui aurait donné l'ordre d'effectuer la thérapie alternative, l'assurée n'a pas donné suite à cette requête. Il ressort en outre des pièces - concordantes - au dossier, que la recourante a constaté une amélioration significative de son état à la suite des trois séances précitées. Le Dr H._____ a ainsi relevé que les douleurs avaient presque complètement disparu pendant quelques semaines (cf. rapport du 9 janvier 2014). La recourante a en outre déclaré à l'inspecteur de l'intimée le 12 février 2014 qu'à la suite des trois séances de massages thérapeutiques, elle avait constaté une amélioration notable des douleurs. La Dresse O._____ a également relevé que la symptomatologie avait été améliorée (cf. rapport du 10 avril 2014). En outre, dans son rapport du 9 janvier 2014, le Dr H._____ a constaté que les radiographies de l'épaule droite, trois positions, effectuées le 9 janvier 2014, étaient sans problèmes (« SP »). A cela s'ajoute que le Dr H._____, interpellé par l'intimée, lui a

indiqué le 16 juin 2014 que c'était l'épaule gauche qui présentait une limitation fonctionnelle. Dans la mesure où il est établi et non contesté que c'est sur le côté droit que la recourante a chuté le 14 janvier 2013, P._____SA a réinterpellé le Dr H._____ afin de savoir ce qu'il en était de l'évolution de l'épaule droite (et non gauche). Le Dr H._____ lui a répondu le 7 octobre 2014 que l'évolution actuelle au niveau de l'épaule droite était tout à fait satisfaisante, avec récupération d'une fonction complète et indolore.

Le fait que la recourante allègue en recours ne jamais avoir souffert « *de ce genre de lésions* » auparavant repose largement sur un raisonnement de type « *post hoc, ergo propter hoc* », en principe insuffisant pour établir un rapport de causalité entre une atteinte à la santé et un accident assuré (cf. consid. 3b supra). L'apparition de douleurs à la suite d'un accident constitue au mieux un indice en faveur d'un rapport de causalité naturelle. Or en l'occurrence, il n'y a pas d'autre circonstance sur laquelle s'appuyer pour corroborer cet indice et établir un tel lien de causalité. Surtout, l'assurée n'a pas décrit de douleurs à l'épaule droite pendant plusieurs mois (du moins jusqu'au mois de mars 2013), puis a fait état d'une gêne qui s'était réactivée lors d'activités sollicitantes, les 30 juin et le 11 octobre 2013. Au demeurant, il ne s'agit là que des allégations de la recourante, qui ne sont toutefois pas documentées médicalement. La première consultation médicale en lien avec l'événement du 14 janvier 2013 a en effet eu lieu le 9 janvier 2014 chez le Dr H._____, soit près d'une année après l'événement en cause. A cette occasion, le Dr H._____ n'a pas mis en évidence de lésion, réservant de compléter le bilan en mars 2014 par une a-IRM, qui n'a finalement pas été mise en œuvre.

La recourante reproche à l'intimée que son médecin-conseil ne l'ait pas examinée. Toutefois dans la mesure où les pièces médicales au dossier sont claires, l'intimée pouvait ne pas faire examiner la recourante par son médecin-conseil, étant rappelé que l'administration dispose d'une grande liberté d'appréciation quant aux mesures d'instruction qu'il convient de mettre en œuvre.

Il résulte de ce qui précède que l'intimée n'a pas violé le droit en refusant sa prise en charge, faute de rapport de causalité pour le moins probable entre l'événement du 14 janvier 2013 et les troubles ayant nécessité la prise en charge médicale à compter du 9 janvier 2014.

6. Partant le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

Le présent arrêt sera rendu sans frais (art. 61 let. a LPGA ; art. 45 LPA-VD), ni dépens (art. 61 let. g LPGA et art. 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 23 octobre 2014 par P. _____ SA, est confirmée.
- III.** Le présent arrêt est rendu sans frais ni dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- S. _____,
- P. _____ SA,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :