

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 août 2026

Composition : M. WIEDLER, président
Mme Di Ferro Demierre et M. Tinguely, juges
Greffier : M. Reding

* * * * *

Cause pendante entre :

A. _____, à Q*** (R***), recourante,

et

E. _____ **SA**, à S***, intimée.

Art. 4 LPGa ; art. 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA

En fait :

A. A._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en ***, a été employée en qualité d'aide de ménage, de janvier à octobre 2025, par B._____, à T***, à un taux de 100 %. A ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès d'E._____ SA (ci-après : E._____ ou l'intimée).

Le 12 juin 2025, l'employeur de l'assurée a annoncé à E._____ un sinistre ayant eu lieu le 26 mai 2025 à son domicile en ces termes (*sic*) :

« Mme A._____ a chuté - blocage au niveau du dos ».

A la suite de cet événement, l'assurée s'est trouvée dans l'incapacité totale de travailler. Le cas été pris en charge par E._____.

Dans le cadre de l'instruction du dossier, E._____ a recueilli divers documents, dont :

- ☐ un rapport du 28 mai 2025 du Dr D._____, médecin adjoint auprès du Service des Urgences de l'Hôpital H._____, lequel mentionnait que l'assurée souffrait d'un lombago simple à la suite d'un faux mouvement effectué la veille ;
- ☐ un questionnaire relatif aux circonstances du sinistre, rempli le 18 juin 2025 par l'assurée, par lequel cette dernière a expliqué que, le 27 mai 2025, elle avait « *trébuché en reculant sur une marche de la chambre* », alors qu'elle passait l'aspirateur ;
- ☐ un rapport du 17 juin 2025 du Dr F._____, médecin généraliste, lequel faisait état de douleurs lombaires post-chute dans les escaliers et de douleurs à l'épaule droite, tout en spécifiant que le sinistre datait du 27 mai 2025 ;
- ☐ un rapport du 22 juin 2025 de la Dre G._____, médecin assistante à l'Hôpital H._____, laquelle posait le diagnostic de lombalgies non déficitaires, tout en précisant que le sinistre découlait d'un faux mouvement ; et
- ☐ un rapport de radiographie du rachis lombaire du 26 août 2025, lequel montrait un pincement discal aux vertèbres L5-S1 et une surcharge

articulaire postérieure, tout en écartant une anomalie de la statique ou une lésion osseuse.

Dans un avis du 9 septembre 2025, le Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil d'E._____, a soutenu que l'événement de mai 2025 avait mis en évidence une hernie discale d'origine dégénérative préexistante. Celui-ci avait cessé de déployer ses effets trois mois plus tard, le 28 août 2025.

Par courrier du 26 septembre 2025 valant droit d'être entendu, E._____ a fait savoir à l'assurée que les prestations d'assurance étaient suspendues au 29 août 2025, dès lors que le *statu quo sine* avait été atteint la veille. Celle-ci n'ayant pas réagi dans le délai imparti, elle a formalisé sa position dans une décision du 30 octobre 2025.

Le 3 novembre 2025, E._____ a notamment reçu de la part de l'assurée un rapport d'IRM (imagerie par résonance magnétique) lombaire du 22 octobre 2025 concluant à une spondylarthrose aux vertèbres L5-S1 et à une petite contrainte radiculaire à la vertèbre S1 gauche pré-foraminale d'origine discale.

Le 12 novembre 2025, l'assurée a formé opposition à l'encontre de la décision précitée.

Par rapport du 23 janvier 2026, le Dr C._____, neurochirurgien, a exposé avoir noté, à l'examen clinique, une démarche algique, sans déficit neurologique. Il a, en outre, rappelé que l'IRM lombaire susmentionnée avait révélé une hernie discale aux vertèbres L5-S1 à gauche de petite taille, mais conflictuelle. Puis, par rapport du même jour, il a déclaré que sa patiente présentait une incapacité de travail de durée indéterminée en raison des douleurs.

Par rapport du 4 février 2026, le Dr F._____ a indiqué que l'assurée souffrait de douleurs lombaires irradiantes dans le membre inférieur gauche (lombosciatique gauche), avec hernie discale aux

vertèbres L5-S1, ainsi que de douleurs à l'épaule gauche. Il a, par ailleurs, certifié qu'elle n'était, à ce jour, pas à même de reprendre son travail d'aide de ménage.

B. Le 18 février 2026, A._____ a déposé un recours pour déni de justice devant la Cour des assurances sociales du Tribunal. Celui-ci a été enregistré sous la référence AA 29/26 (ZA26.009804).

Par décision sur opposition du 3 mars 2026, E._____ a rejeté l'opposition du 12 novembre 2025 de l'assurée.

Le 12 mars 2026, l'assurée a complété son recours, objectant que la décision sur opposition d'E._____ reposait sur une analyse médicale incomplète et sur une appréciation contestable du lien de causalité entre son accident et ses troubles. Elle a joint – entre autres pièces – un rapport du 13 mars 2026 du Dr F._____, lequel attestait qu'elle n'avait pas eu d'épisode de lombalgie ou de sciatique durant les huit années précédant le sinistre, de même qu'un rapport d'infiltration épidurale aux vertèbres L5-S1 à gauche daté du même jour.

Par réponse du 27 mars 2026, E._____ a conclu à ce que la cause soit rayée du rôle, dans la mesure où le recours était devenu sans objet à la suite du prononcé de sa décision sur opposition.

Par répliques des 3, 7 et 23 avril 2026, l'assurée a maintenu sa position. Elle a annexé une attestation établie le 10 mars 2026 par K._____, kinésithérapeute, lequel affirmait que les douleurs persistaient, notamment au niveau des rhomboïdes, avec irradiation dans l'épaule gauche, malgré une série de quinze séances réalisées entre décembre 2025 et janvier 2026, ainsi qu'un rapport du 7 avril 2026 du Dr C._____, lequel signalait avoir proposé à sa patiente une intervention chirurgicale portant sur un recalibrage unilatéral gauche et une exérèse de la hernie discale. Elle a, au demeurant, requis la mise en œuvre d'une expertise médicale indépendante.

Le 28 avril 2026, l'assurée a versé au dossier un rapport du même jour du Dr F._____, lequel faisait mention du diagnostic de lombosciatique gauche, tout en évaluant l'incapacité de travail à 100 % dans l'activité habituelle.

Par courrier du 30 avril 2026, le juge instructeur a informé les parties que les griefs soulevés par l'assurée contre la décision sur opposition du 3 mars 2026 allaient être traités dans le cadre d'une nouvelle affaire, sous la référence AA 74/26 (ZA26.***).

Par duplique du 11 mai 2026, E._____ a confirmé ses conclusions en lien avec le recours pour déni de justice. Puis, dans une écriture du 1^{er} juin 2026, elle a conclu au rejet du recours en tant qu'il portait sur sa décision sur opposition.

Par arrêt de ce jour, la Cour de céans a déclaré le recours pour déni de justice sans objet, rayant, de ce fait, la cause AA 29/26 du rôle.

En droit :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'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 peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile – compte tenu du fait que la recourante a fait part de ses objections relatives à la décision sur opposition du 3 mars 2026 dans son écriture du 12 mars suivant – auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant

les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours en la cause AA 74/26 est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-accidents pour la période au-delà du 28 août 2025 en relation avec l'événement de mai 2025, singulièrement sur le point de savoir si les troubles au dos qui ont persisté après cette date se trouvent en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, 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 un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. 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, mentale ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références).

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

le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références). Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1).

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* ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_315/2023 du 9 janvier 2024 consid. 3.2). 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_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1).

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 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence ; TF 8C_686/2024 du 4 avril 2025 consid. 3.1.1 ; TF 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

d) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état

de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A l'inverse, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références ; TF 8C_686/2024 du 4 avril 2025 consid. 3.1.2).

e) Selon l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altérations des disques intervertébraux d'origine dégénérative, un événement accidentel n'apparaissant qu'exceptionnellement, et pour autant que certaines conditions particulières soient réalisées, comme la cause proprement dite d'une telle atteinte. Une hernie discale peut être considérée comme étant due principalement à un accident lorsque celui-ci revêt une importance particulière, qu'il est de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral et que les symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire) apparaissent immédiatement, entraînant aussitôt une incapacité de travail (TF 8C_256/2023 du 25 janvier 2024 consid. 3 et les références). Si la hernie discale est seulement déclenchée, mais pas provoquée par l'accident, l'assurance-accidents prend en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel (TF 8C_746/2018 du 1^{er} avril 2019 consid. 3.3 et les références).

La jurisprudence retient, en se référant à l'état actuel des connaissances médicales, qu'une aggravation post-traumatique (sans lésion structurelle associée) d'un état dégénératif antérieur de la colonne vertébrale auparavant asymptomatique cesse de produire ses effets en règle générale après six à neuf mois, voire au maximum après une année (TF 8C_164/2019 du 6 mars 2020 consid. 5.2.2 ; TF 8C_746/2018 précité consid. 3.2). Le *statu quo sine* est même déjà atteint après trois à quatre mois pour des lombalgies post-traumatiques, une aggravation dans ce domaine, qui permettrait d'aller au-delà de cette période, devant être établie radiologiquement et se distinguer de l'évolution normale due à l'âge

(TF 8C_1029/2012 du 22 mai 2013 consid. 4.2.1 ; TF 8C_562/2010 du 3 août 2011 consid. 5.1 et les références).

4. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGa), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

b) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence ; TF 8C_150/2024 du 10 octobre 2024 consid. 2.3 ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 9C_553/2023 du 14 novembre 2024 consid. 3.2 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

5. a) En l'espèce, il n'est pas contesté que l'événement de mai 2025 – dont la date de survenance varie entre le 26 et le 27 de ce mois selon les pièces au dossier – est constitutif d'un accident au sens de l'art. 4 LPGa. La description de son déroulement fluctue en revanche. Les Drs D._____ et G._____ ont ainsi mentionné un faux mouvement dans leurs rapports respectifs des 28 mai et 22 juin 2025, tandis que la recourante, dans le questionnaire rempli le 18 juin 2025, le Dr F._____, dans son rapport du 17 juin 2025, et l'employeur, dans la déclaration de sinistre du 12 juin 2025, ont chacun fait état d'une chute. Néanmoins, en application de la règle dite des « premières déclarations » (cf. ATF 142 V 590 consid. 5.2), il convient de retenir que l'événement de mai 2025 relevait d'un faux mouvement et non d'une chute. Il apparaît, en effet, vraisemblable que ce soit la recourante, elle-même, qui ait indiqué au Dr D._____ avoir effectué un tel faux mouvement lors de la consultation aux urgences le 28 mai 2025, soit juste après l'accident. Ce médecin a ensuite retranscrit les propos de sa patiente dans son rapport. Ce n'est finalement que deux semaines plus tard que l'employeur a énoncé l'hypothèse d'une chute et trois semaines après que l'assurée a allégué avoir trébuché en passant l'aspirateur. Or ses nouvelles explications pouvaient être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures.

b) Aussi, seule est litigieuse la question du lien de causalité entre l'accident et les troubles de la recourante qui ont subsisté après le 28 août 2025. A cet égard, le Dr J._____ a écarté, dans son avis du 9 septembre 2025 – sur la base duquel l'intimée a motivé sa décision sur opposition litigieuse –, toute cause traumatique à la hernie discale révélée initialement sur la radiographie du 26 août 2025. Selon lui, le mécanisme de l'événement, soit un faux mouvement lors d'une glissade, n'avait pas engendré une énergie cinétique suffisante pour provoquer une telle atteinte. L'accident avait souligné une hernie discale préexistante d'origine dégénérative. Le *statu quo sine* avait alors été rétabli trois mois plus tard. La recourante a, pour sa part, contesté la rupture du lien de causalité au 28 août 2025, exposant que ses douleurs lombaires et ses sciatiques, lesquelles étaient apparues après l'accident, persistaient encore à ce jour,

malgré les infiltrations et les séances de kinésithérapie. Elle a, de surcroît, reproché au Dr J._____ d'avoir fondé son analyse à l'aune d'un dossier incomplet, les éléments médicaux produits après le 9 septembre 2025, notamment l'IRM lombaire du 22 octobre 2025, n'ayant pas été pris en compte par ce spécialiste.

c) Cela étant, bien que l'avis du Dr J._____ soit succinct, il appert qu'il n'existe aucune pièce au dossier permettant d'instiller un doute quant à ses conclusions. Ces dernières reposent, en effet, principalement sur les résultats de la radiographie du 26 août 2025, laquelle avait mis en évidence un pincement discal aux vertèbres L5-S1, à savoir une atteinte de nature dégénérative (cf. Pauline Colombier et al., Le disque intervertébral lombal : du développement embryonnaire à la dégénérescence, *in* Revue du Rhumatisme Monographies, vol. 80, p. 210 ss). Il ne ressort, en outre, pas des rapports du 28 mai 2025 du Dr D._____, du 17 juin 2025 du Dr F._____ et du 22 juin 2025 de la Dre G._____ que la hernie discale aurait été provoquée par l'accident. Ces médecins, lesquels ne disposaient pas de cette imagerie au moment de rédiger leurs appréciations, ont uniquement relevé des douleurs au dos apparues à la suite de cet événement. Au demeurant, comme l'a - à juste titre - noté le Dr J._____, la faible énergie cinétique développée dans le cadre d'un faux mouvement n'était pas susceptible d'entraîner une lésion du disque intervertébral (cf. *supra* consid. 3e *in initio*). Il en va d'ailleurs pareillement s'agissant de l'hypothèse - plus grave - d'une chute à domicile.

d) Certes, il est vrai que l'intimée n'a pas invité son médecin-conseil à se prononcer sur les rapports produits par la recourante après le 9 septembre 2025. L'IRM lombaire du 22 octobre 2025 a toutefois confirmé que la hernie discale n'était pas d'origine traumatique, dès lors qu'elle a montré un pincement dégénératif sévère du dernier disque mobile, tout en retenant le diagnostic de spondylarthrose. Les Drs C._____ et F._____ se sont, quant à eux, contentés d'indiquer, dans leurs rapports respectifs des 23 janvier et 4 février 2026, que les douleurs survenues après l'accident de mai 2025 empêchaient leur patiente de reprendre son activité. Or un tel raisonnement *post hoc ergo propter hoc* s'avère insuffisant pour établir un

lien de causalité naturelle entre cet événement et les troubles au niveau du dos (cf. *supra* consid. 3b *in fine*). Dans ces conditions, on ne saurait faire grief à l'intimée de ne pas avoir réinterpellé le Dr J._____ après avoir reçu ces nouvelles pièces, car ces dernières n'étaient pas à même de contredire ses conclusions. Il en est, par ailleurs, de même des rapports produits par l'assurée dans le cadre de la procédure de recours. En effet, il apparaît que le Dr F._____ a également procédé à un raisonnement *post hoc ergo propter hoc* dans ses avis des 13 mars et 28 avril 2026, en motivant implicitement l'existence d'un rapport de causalité par le simple fait que la recourante n'avait pas souffert de lombalgies ou de sciatiques durant les huit années précédant l'accident. Le Dr C._____ s'est, lui, concentré, dans son rapport du 7 avril 2026, sur l'opportunité d'une intervention chirurgicale dans le dessein de traiter les douleurs. Enfin, le kinésithérapeute a fait mention, dans son attestation du 10 mars 2026, d'une symptomatologie douloureuse, mais n'en a pas précisé la cause.

e) Partant, au regard de ce qui précède, force est de constater que la hernie discale à l'origine des douleurs dorsales n'a pas été provoquée, mais seulement déclenchée par l'accident de mai 2025. L'intimée a, de la sorte, pris en charge le syndrome douloureux lié à cet événement jusqu'au 28 août 2025. A cet égard, la conclusion du Dr J._____ selon laquelle le *statu quo sine* avait été atteint à cette date ne prête pas le flanc à la critique. En effet, selon la jurisprudence, l'estompement des effets de l'accident précité dans un délai de trois mois est usuel en présence de lombalgies post-traumatiques, lorsque – comme c'est en l'occurrence le cas – aucune aggravation à ce niveau n'a été démontrée radiologiquement (cf. *supra* consid. 3e *in fine*). Il s'ensuit que l'intimée était en droit de mettre fin au versement de ses prestations au 29 août 2025.

6. Le dossier est, pour le reste, complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a donc pas lieu de compléter l'instruction, comme le requiert la recourante, par la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, puisque

les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

7. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition rendue le 3 mars 2026 par l'intimée confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} LPG), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPG).

**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 3 mars 2026 par E. _____ SA est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- A. _____,
- E. _____ SA,
- Office fédéral de la santé publique (OFSP),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :