

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 juillet 2009

Présidence de Mme THALMANN
Juges : M. Neu et M. Perdrix, assesseur
Greffier : M. Cuérel

* * * * *

Cause pendante entre :

A.F. _____, à L'Etivaz, recourant, assistée de Me Christian Bacon, avocat
à Lausanne

et

ALLIANZ SUISSE ASSURANCES (ci-après : Allianz), à Genève, intimée

Art. 6 al. 1 LAA ; 4 LPGA

E n f a i t :

A. A.F._____, née le 4 juin 1975, a travaillé en qualité d'aide-infirmière pour la Fondation [...], à [...] et à ce titre, était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès d'Allianz Suisse Assurances. Le 27 janvier 2004, alors qu'elle se trouvait devant son domicile, la prénommée a été victime d'une chute dans les escaliers extérieurs. Cet événement a été annoncé le 10 février 2004 par son employeur à l'assureur-accidents précité.

Étant enceinte au moment de l'accident, l'assurée a immédiatement consulté son médecin traitant, le Dr I._____. Ce dernier a établi, le 12 février 2004, un rapport médical initial LAA dans lequel il a posé les diagnostics de "contusion du coccyx, lombaire et de l'avant-bras droit. Pas de complication obstétricale immédiate". Interpellé par l'assureur quant à la durée de l'incapacité de travail de l'assurée uniquement due à cet accident, sans tenir compte du fait qu'elle était enceinte, ce médecin a écrit, dans un courrier du 27 février 2004, qu'en raison du travail de l'assurée en EMS, assez pénible, il était raisonnable d'admettre pour une contusion sacro-coccygienne et accessoirement lombaire, une incapacité de travail médico-théorique de 3 à 4 semaines.

B. Dans un rapport médical intermédiaire LAA du 1er juillet 2004, le Dr I._____ a indiqué que l'assurée avait accouché le 13 mars 2004 alors que les douleurs lombaires et coccygiennes allaient assez bien, l'accouchement décrit comme très difficile exacerbant les lombalgies avec sciatique droite non déficitaire. Et ce médecin d'indiquer que le traitement suivi par l'assurée consistait en des séances de physiothérapie et d'ostéopathie. Il résulte par ailleurs d'une fiche d'entretien téléphonique du 7 juin 2004 que l'assurée a indiqué à la gestionnaire du dossier auprès de l'assureur qu'elle suivait toujours de la physiothérapie pour son accident et qu'elle avait accouché le 13 mars 2004.

C. Le 16 septembre 2004, l'employeur de l'assurée a adressé à l'assureur une nouvelle déclaration d'accident LAA pour un événement survenu le 13 mars 2004, jour de l'accouchement, à l'hôpital V._____. Sous la rubrique intitulée "description de l'accident", l'employeur a indiqué ce qui suit : "douleurs dorsales dues à une anesthésie péridurale". Cette déclaration mentionnait encore que l'assurée se trouvait en arrêt de travail alors qu'elle aurait dû reprendre son activité le 13 septembre 2004 au terme de son congé maternité.

Le 24 septembre 2004, Allianz Suisse Assurances a rédigé une note interne relatant un entretien téléphonique du même jour avec l'assurée et qui indique ce qui suit :

"Dit qu'elle est en accident
Aurait eu un nouvel accident le 13 mars 04
Aurait dû reprendre le travail le 13 sept, après congé maternité
A accouché le 13 mars
13 mars - tombée de la table d'accouchement
2x
2h. après, elle a accouché
douleurs tout de suite [...]"

Selon un certificat médical établi 23 août 2004 par le Dr I._____, l'assurée s'est trouvée en incapacité de travail dès le 13 mars 2004 et pour une durée indéterminée, ce en raison d'un accident.

Le 28 septembre 2004, ce même médecin a adressé à l'assureur un rapport médical initial LAA dans lequel il a notamment indiqué ce qui suit :

"[...] 2. Indications du patient [...]
Douleurs lombaires qui récidivent suite à l'accouchement le 13 mars 2004, où elle serait tombée deux fois et où la péridurale n'aurait pas fonctionné (?).

[...] 5. Diagnostic
Lombalgies récidivantes post-traumatiques.

6. Causalité [...]
Accouchement difficile chez une patiente qui se remettait bien de sa chute de janvier 2004."

Le rapport de sortie établi le 22 octobre 2004 par les médecins de l'hôpital V._____, à [...], comporte notamment la mention suivante, sous la rubrique "Suite de couches" : "[...] Suites maternelles et status à la sortie : Sans particularité".

Interpellé par le Dr B._____, médecin-conseil de l'assureur, le Dr Q._____, médecin-chef au service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital V._____, a relevé, dans un courrier du 3 novembre 2004, que dans le dossier de pré-hospitalisation, il était noté que la patiente s'était fissurée le coccyx un mois avant l'accouchement, de même que le fait que, lors de la péridurale, le premier essai s'était révélé vasculaire avec la nécessité de piquer une deuxième fois. Enfin, ce médecin précisait qu'en reprenant l'anamnèse et le dossier dans le cadre d'un colloque d'équipe avec la responsable de service et la sage-femme concernée, il n'était pas ressorti que le déroulement de l'accouchement soit en rapport avec les symptômes décrits.

D. Par décision du 6 février 2005, Allianz Suisse Assurances a refusé toute prise en charge au motif qu'il n'était précisé dans aucun rapport médical qu'une chute aurait eu lieu le 13 mars 2004.

L'assurée a formé opposition contre cette décision le 11 mars 2005, exposant en substance que sa chute avait eu lieu entre la deuxième péridurale et l'accouchement, qu'à un moment donné, alors qu'elle ne sentait plus ses jambes et qu'elle vomissait, on lui avait demandé de se coucher, puis de se relever avant de lui dire de se lever et de marcher ; c'est à ce moment-là qu'elle avait chuté lourdement. Son mari avait assisté à cette scène.

Par décision sur opposition rendue le 4 août 2005, Allianz Suisse Assurances a confirmé son premier prononcé. Elle a considéré en substance qu'au vu de l'ensemble des éléments, il n'était pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'assurée ait chuté de la table lors de l'accouchement pratiqué le 13 mars 2004 et qu'en

conséquence, elle ne pouvait que rendre une décision lui étant défavorable.

E. A.F._____ a recouru contre cette décision par acte du 7 novembre 2005, concluant à son annulation, soit encore à sa réforme en ce sens qu'elle a droit à toutes les prestations fondées sur l'art. 10 LAA, à la suite de la chute consécutive aux deux péridurales qui lui ont été administrées peu avant son accouchement.

La recourante a produit une déclaration écrite relative à son accouchement, où elle explique notamment le déroulement des événements consécutifs à la seconde péridurale, ce en ces termes :

"[...] Pendant tout ce temps, je n'arrêtais pas de trembler. ensuite je leur ai dit que je ne sentais plus mes jambes car on nous avait proposé une péridurale ou l'on peut se mobiliser, on ma fait m'asseoir je me sentais très mal, nauséuse, je me suis mise à vomir puis on m'a recoucher puis relevé pour enfin me dire de me lever et de marcher mais là paf je suis tombée quelle horrible sensation mon mari m'a rattrappée. Il m'a aidée à me relever pas facile avec deux jambes endormies. [...] Par la suite des douleurs affreuses sont survenues au bas de mon dos, dans les jambes et la nuques. je suis allée chez mon docteur qui m'a conseillée d'aller faire de la physio. [...]"

L'intimée a conclu au rejet du recours.

F. En cours de procédure, ont été produits le journal des événements, figurant dans un document intitulé "feuille d'observation infirmière", le protocole d'anesthésie, le partogramme de même que le relevé du monitoring.

a) Il résulte notamment du document intitulé "feuille d'observation infirmière" qu'en date du 12 mars 2004, une première péridurale a été posée à 18h20, puis une seconde à 19h00 ; un traitement a été administré à l'assurée à 19h40 ; enfin, l'accouchement est intervenu le 13 mars 2004 à 0h40.

La protocole d'anesthésie révèle que l'injection de l'anesthésique (Carbostésine) via la péridurale est intervenue à 19h30.

A la lecture du monitoring ainsi que des mentions manuscrites qui y figurent, on constate notamment ce qui suit :

- on a administré un antibiotique à la recourante à 22h25 ;
- la recourante a vomi vers 22h45 ;
- une sonde vésicale ("SV") a été posée à 22h50, puis on a pratiqué un toucher vaginal ("TV"), puis enfin, le tracé est régulier jusqu'à l'accouchement.

b) Une expertise, portant en particulier sur le monitoring et la procédure d'accouchement, réalisée sur la base de questionnaires établis par les parties, a été confiée au Prof. J._____, chef du département de gynécologie et d'obstétrique et chef du service d'obstétrique du centre hospitalier R._____.

Dans son rapport d'expertise du 11 avril 2008, ce dernier a exposé qu'un monitoring permanent n'est pas obligatoire pour les grossesses sans complication. Avec un monitoring normal lors de l'admission de la patiente, on peut tout à fait recourir à une surveillance intermittente. Dans ces cas, l'enregistrement devrait être au minimum de 15 minutes par heure. Les autres cas où un monitoring permanent est interrompu sont la déambulation de la patiente ou éventuellement la pose de péridurale. On ne peut en revanche pas prétendre que le monitoring doit être interrompu lors de la pose d'une péridurale ; il est parfaitement possible de laisser courir l'enregistrement durant cette procédure. On peut y renoncer si l'enregistrement préalable est rassurant et si cela permet d'assurer un meilleur confort pour la patiente. La mention de tout événement marquant sur le papier de monitoring est une pratique couramment admise ; elle n'est cependant pas à considérer comme obligatoire car des informations peuvent également figurer sur d'autres documents, notamment le partogramme. Selon la pratique, tout

événement inhabituel pouvant avoir une influence sur la santé de la mère ou de l'enfant doit figurer dans le dossier de la patiente. En conséquence, une chute durant le travail nécessite impérativement une annotation que ce soit sur la feuille de suivi infirmier, sur le papier de monitoring ou encore sur le partogramme. La durée de la pose d'une péridurale est variable. Elle comprend la mise en position correcte de la patiente, une désinfection soigneuse, l'identification des repères anatomiques et enfin la pose du cathéter de péridurale, l'ensemble de cette procédure prenant en moyenne 10 à 15 minutes.

S'agissant du cas d'espèce, l'expert a noté l'existence d'une première phase d'enregistrements sporadiques durant la journée du 12 mars 2004, lesquels correspondent à une surveillance intermittente relevée aux horaires suivants :

- 09h10 à 09h44
- 13h15 à 13h40
- 14h04 à 14h47
- 16h05 à 16h40

Par la suite, le monitoring est demeuré continu de 17h30 à 00h40 avec une première interruption entre 18h25 et 18h50, correspondant à la pose de la première péridurale et une seconde de 19h11 à 19h26, sans explication précise sur le tracé. L'expert relève encore que malgré un monitoring continu et alors que les contractions étaient enregistrées correctement, le tracé foetal est ininterprétable de 21h40 à 22h18. Par ailleurs, de nombreuses informations figurent sur le papier de monitoring concernant notamment les touchers vaginaux décrivant la dilatation du col et la descente de la tête, la survenue d'une rupture spontanée des membranes, un changement de salle en cours de travail, les positions adoptées par la patiente, les tensions artérielles et températures mesurées. Les médicaments utilisés sous forme de perfusion (Syntocinon et antibiotiques) ainsi que les médicaments injectés dans la péridurale sont également mentionnés de façon précise. Y figure également un épisode de vomissements. A la question de savoir pour

quelle raison le monitoring ne s'est pas interrompu à 19h00, heure de la pose de la seconde péridurale selon la "feuille d'observation infirmière", mais à 19h11 seulement, l'expert a répondu que l'heure indiquée sur la feuille d'observation des infirmières pourrait correspondre au moment où la décision de poser une seconde péridurale a été prise, alors que la pose n'a été possible que 11 minutes plus tard. Enfin, l'expert de relever qu'à aucun endroit dans le dossier, il n'est fait mention d'une chute et que sur le tracé du monitoring, on ne décèle pas non plus la survenance d'un événement tel qu'une complication ou une chute.

Chacune des parties s'est déterminée sur cette expertise.

c) Une audience d'instruction a été tenue le 1^{er} juin 2006. Au cours de celle-ci, il a été procédé à l'audition, en qualité de témoins, de Q._____, W._____, X._____, D._____, Z._____, M._____, T._____, B.F._____.

Lors de son audition, le Dr W._____, anesthésiste à l'hôpital V._____, a notamment exposé que lors de la première péridurale pratiquée sur la recourante, l'espace pour introduire le cathéter avait été identifié, mais que ce dernier s'était glissé dans les vaisseaux et que conformément aux règles médicales, il avait fallu tout enlever et recommencer à un autre endroit, ce qui avait pris du temps, soit 40 minutes selon le dossier médical. Le témoin a précisé qu'il fallait comprendre la seconde péridurale comme un geste continu par rapport à la première et que la patiente ne devait donc pas marcher entre ces deux interventions. Selon lui, la surveillance péridurale se limitait à prendre quelques mesures tensionnelles dans le quart d'heure qui suit la pose de la péridurale et à évaluer le niveau de l'anesthésie sur le corps, l'effet anesthésique étant obtenu après 15 à 30 minutes. Il a ajouté qu'une perte de sensibilité se remarquait mais qu'il était possible que la patiente ne se rende pas compte de la perte de sa motricité et que ce n'était qu'une fois debout qu'elle réalisait qu'elle ne pouvait pas porter son poids.

Z._____, sage-femme à l'hôpital V._____, a en substance exposé avoir été présente lors de l'accouchement. Elle était arrivée après ou au moment de la pose de la seconde péridurale et était demeurée jusqu'au moment de l'accouchement. Elle ne se rappelait pas qu'il y ait eu une chute. A la lecture du partogramme concernant la recourante, elle a constaté qu'il n'y avait pas d'indication selon laquelle cette dernière aurait marché ni que l'enregistrement aurait été interrompu. Elle a encore précisé que si une chute à terre était survenue, elle l'aurait rapportée sur un rapport incident-accident, admettant toutefois qu'il était aussi possible qu'elle n'ait pas noté une telle chute en raison de tâches plus urgentes à accomplir. Enfin, le témoin a précisé qu'il était indispensable, si une parturiente souhaitait se lever et marcher, de débrancher le monitoring afin qu'elle puisse être rebranchée sur un monitoring ambulatoire ; une telle déconnexion n'était en revanche pas nécessaire s'il s'agissait uniquement pour elle de se lever et de s'asseoir à côté du lit (par exemple sur un ballon).

S'agissant des témoins X._____, D._____ et M._____, respectivement médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique, sage-femme et sage-femme responsable de la maternité de l'hôpital V._____, il ressort de leurs déclarations qu'elles n'étaient pas présentes au moment des faits déterminants, que sur le principe, tout événement inhabituel tel une chute devait être signalé selon une procédure préétablie et que si une parturiente souhaitait se lever et marcher après une péridurale, il était nécessaire qu'une personne soit à ses côtés en raison du possible affaiblissement de ses membres.

Lors de son audition, le témoin B.F._____, époux de la recourante, a en substance déclaré qu'après la péridurale, la sage-femme avait proposé à son épouse de se lever mais que cette dernière ne le souhaitait pas, car elle ne sentait pas ses jambes. La sage-femme l'avait cependant forcée pour aller marcher dans le couloir. Son épouse s'était assise au bord du lit, puis était tout de suite tombée lorsqu'elle s'était mise debout. Il l'avait alors aidé seul à se relever. La sage-femme était ensuite revenue, moins d'une minute après, avec une grosse balle pour

qu'elle s'assoie dessus, mais, son épouse ayant refusé, il l'avait tout de suite remise dans son lit. Elle avait ensuite vomi. Certain que la sage-femme était présente, le témoin a concédé qu'elle avait pu banaliser cet événement, mais qu'elle avait dû voir la chute. Il a en outre précisé que les maux de dos étaient apparus ensuite, sa femme ne parvenant plus à se mettre assise ou à courber le dos, et qu'elle n'avait jamais eu de tels ennuis suite à la naissance de leur premier bébé.

T._____, ostéopathe, a pour sa part expliqué avoir été consultée par la recourante dès le 9 juin 2004 pour une série de six séances. Ce témoin a confirmé l'existence d'un problème lombo-sacré, d'une torsion du sacrum avec fort œdème ainsi que d'un problème lombaire, sans toutefois être en mesure de se prononcer sur l'origine de ces troubles. Elle n'a toutefois pas exclu qu'il ait pu être engendré par une chute survenue lors de l'accouchement ou encore qu'il ait simplement résulté de la péridurale vasculaire elle-même.

Interpellée quant à la contradiction existant entre sa version des faits et celle de son mari, notamment quant à la chronologie des événements, la recourante a exposé que si elle avait écrit avoir vomi avant de chuter, c'est parce que c'est ainsi qu'elle avait vécu les événements ; elle avait très mal vécu sa chute et avait eu l'impression qu'on ne s'occupait pas bien d'elle. Elle a confirmé n'être tombé qu'une seule fois à l'hôpital lors de son accouchement, mais avoir failli chuter une seconde fois, ayant réussi à se rattraper au bord du lit avec l'aide de son mari, tandis que la sage-femme était à côté. Selon son souvenir, l'électrocardiogramme de son bébé n'était alors pas branché. Après son accouchement, elle s'était occupée en priorité de sa fille, mais avait néanmoins signalé sa chute à son médecin traitant ; par la suite, elle s'était à nouveau souciée d'elle-même et avait mené des investigations relatives à ses maux de dos. Le Dr Q._____ lui avait alors conseillé d'écrire une lettre à l'hôpital V._____. La recourante a en outre déclaré que lors de la seconde chute, soit celle survenue à l'hôpital, elle était en congé maternité et que, le contexte n'étant pas le même, elle n'avait pas pensé à annoncer l'événement à son employeur. De plus, lors de

l'entretien téléphonique avec Allianz Suisse Assurances, elle ne savait pas de quelle période d'incapacité de travail la gestionnaire parlait, puisqu'elle était déjà en arrêt maladie avant son accouchement.

E n d r o i t :

1. La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let a LPA-VD).

Interjeté dans le délai, en vigueur à l'époque, de trois mois suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. ancien art. 106 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20]) et respectant, au jour de son dépôt, les formes prescrites par les art. 60 et 61 al. 1 let. b LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) ainsi que les art. 7 al. 1 et 8 LTAs (loi vaudoise sur le Tribunal des assurances, en vigueur au moment du dépôt du recours, abrogée au 1^{er} janvier 2009), le recours est recevable sur le plan formel.

2. 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 (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a).

Est litigieuse en l'espèce, la question du droit de la recourante aux prestations de l'assurance-accidents ensuite de la chute dont elle dit avoir été victime le 13 mars 2004 à l'hôpital V._____.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20), 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.

Le droit aux prestations de l'assurance-accidents suppose donc en premier lieu l'existence d'un événement dommageable de caractère accidentel.

A cette condition s'ajoute celle d'un lien de causalité naturelle entre cet accident et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans la survenance de l'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. En effet, 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 (ATF 129 V 402, consid. 4.3.1). 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 les renseignements médicaux, et qui doit être tranchée à l'aune du principe du degré de vraisemblance prépondérante, appliqué généralement à l'appréciation des preuves en matière d'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 ; TF, 28 mars 2008, 8C_432/2007, consid. 3.2.1 et les références citées).

Enfin, le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose encore 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). En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas, l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 134 V 109, consid. 2.1 ; TF, 16 février 2009, 8C_268/2008, consid. 2.4).

b) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision 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 ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération. En droit des assurances sociales, il n'existe par conséquent pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39, consid. 6 .1).

c) En l'espèce, il convient de se déterminer dans un premier temps sur l'existence, au degré de preuve de la vraisemblance prépondérante, d'un événement accidentel au sens de l'art. 4 LPGA. La survenance d'un tel événement est en effet niée par l'intimée.

L'instruction a permis d'établir qu'il a fallu s'y prendre à deux reprises pour poser le cathéter, la première péridurale s'étant révélée vasculaire. Le monitoring a été interrompu une première fois entre 18h25 et 18h50. Une mention sur le tracé du monitoring, qui se recoupe sur ce point avec les informations figurant sur la "feuille d'observation infirmière", révèle que cette interruption correspond à la pose de la première péridurale. Le monitoring a ensuite été interrompu une seconde fois entre 19h11 et 19h26. Ni le monitoring, ni le partogramme ne mentionnent la cause de cette interruption. La "feuille d'observation infirmière" indique en revanche que la seconde péridurale a été posée à 19h00. Selon l'expert, il est vraisemblable que cette seconde interruption corresponde effectivement au second essai de pose du cathéter. Un tel déroulement des faits apparaît crédible au vu des déclarations du Dr W._____ selon lequel il avait fallu une quarantaine de minutes pour reposer la péridurale ; cette durée correspond en effet à peu près à celle qui s'est écoulée, selon le relevé du monitoring, entre 18h50, soit la fin de la première tentative, et la reprise du tracé à 19h26.

A la lecture du protocole d'anesthésie, on constate que l'anesthésique (Carbostésine) a été administré à la recourante (via le cathéter) à 19h30, ce qui paraît cohérent si l'on considère que la pose de la péridurale s'est achevée quelques minutes plus tôt. Cela étant, une éventuelle chute de la recourante, consécutive à la seconde péridurale n'a dans tous les cas pu intervenir qu'entre 19h30 et 00h40, heure de l'accouchement.

Il ressort de l'audition des différents témoins membres du corps médical de l'hôpital V._____, notamment du Dr W._____, que l'anesthésiant qui est injecté via le cathéter fait effet après quelque 15 à 30 minutes, qu'une perte de sensibilité se remarque et qu'il est possible

que la patiente ne se rende compte de son affaiblissement musculaire qu'une fois debout. Sur le principe, une chute telle que celle alléguée par la recourante est dès lors envisageable.

La sage-femme Z._____ était présente lors de l'accouchement. Elle est, selon ses déclarations, arrivée après ou au moment de la deuxième pose de la péridurale et a assisté la recourante jusqu'à l'accouchement. Elle a déclaré ne pas se rappeler qu'il y ait eu une chute. A la lecture du partogramme, elle a constaté qu'il n'y avait pas non plus d'indication selon laquelle la recourante aurait marché ni que le monitoring aurait été interrompu. Elle a précisé que, si une chute à terre était survenue, elle l'aurait rapportée sur un rapport incident-accident. Elle a cependant admis qu'il était également possible qu'elle n'ait pas noté la chute en raison de tâches plus urgentes à accomplir.

S'il est vrai que le partogramme ne mentionne ni de chute, ni le fait que la recourante aurait marché, il ne fait toutefois pas non plus état de la pose de la seconde péridurale, ni des deux interruptions du monitoring. En cela, il ne saurait être à lui seul déterminant. Quant au témoignage de la sage-femme, seule personne de l'équipe médicale présente, il n'est pas clair. Tout ce que l'on peut en retirer, c'est que cette dernière ne se rappelle pas d'une chute, mais qu'elle n'exclut pas qu'un tel événement ait pu avoir lieu et qu'elle ait omis de la signaler. A l'opposé, le témoignage de l'époux de la recourante, qui était également présent au moment des faits, est très précis. Ce témoin a en effet expliqué qu'après la péridurale, la sage-femme avait proposé à son épouse de se lever, que cette dernière ne le souhaitait pas, car elle ne sentait pas ses jambes, mais que la sage-femme l'avait forcée ; la recourante s'était alors assise au bord du lit, puis était tout de suite tombée lorsqu'elle s'était mise debout, son époux l'ayant alors aidé seul à se relever ; la sage-femme était ensuite revenue, moins d'une minute après, avec une grosse balle pour qu'elle s'assoie dessus, mais son épouse ayant refusé, il l'avait remise dans son lit. La recourante avait ensuite vomi. B.F._____ a encore déclaré qu'il était certain que la sage-femme était présente et qu'elle avait dû voir la chute, mais a concédé qu'elle avait pu banaliser cet

événement. Enfin, il a précisé que les maux de dos étaient apparus ensuite, sa femme ne parvenant plus à se mettre assise ou à courber le dos, et qu'elle n'avait jamais eu de tels ennuis suite à la naissance du premier bébé.

Les quelques divergences entre ce témoignage et les déclarations de la recourante ne sont pas de nature à altérer la véracité de celui-ci. La recourante a tout d'abord déclaré, notamment lors de son entretien téléphonique du 24 septembre 2004 avec l'intimée, qu'elle était tombée deux fois ; mais elle a expliqué par la suite qu'en réalité, elle avait failli tomber une seconde fois mais qu'elle avait pu se retenir au lit ; elle était en outre déjà tombée une première fois le 27 janvier 2004, de telle sorte qu'il est vraisemblable qu'elle ait également pu faire allusion à cette première chute. S'agissant de la déclaration de la recourante selon laquelle elle aurait vomi avant la chute au lieu d'après, comme le relate son époux, elle peut aisément s'expliquer par une certaine confusion consécutive à la situation pénible qu'elle rencontrait. Enfin, la recourante a expliqué que suite à son accouchement, elle ne s'était au départ occupée que de sa fille, mais qu'elle avait tout de suite avisé le Dr I. _____, son médecin-traitant, de sa chute et que ce n'est que par la suite qu'elle s'était souciée d'elle-même et avait mené des investigations relatives à ses maux de dos. Elle a également expliqué que lors de la seconde chute, elle était en congé maternité et que le contexte n'étant pas le même, elle n'avait donc pas pensé à annoncer immédiatement l'événement à son employeur. Enfin, lors de l'entretien téléphonique avec Allianz Suisse Assurances, la recourante ne savait pas de quelle période d'incapacité de travail la gestionnaire parlait, puisqu'elle était déjà en arrêt maladie avant son accouchement. De telles explications apparaissent plausibles.

A l'examen du relevé du monitoring, il apparaît que la chute alléguée par la recourante a très bien pu se produire le 12 mars 2004 entre 21h40 et 22h18, soit durant la période où le tracé du monitoring est ininterprétable. Le fait qu'il existe un tracé indique certes que l'appareil était branché, mais l'impossibilité d'interpréter celui-ci pourrait signifier que la recourante n'y était plus rattachée, ce qui confirmerait son souvenir

selon lequel l'électrocardiogramme de son bébé n'était plus en fonction. Et même si la recourante était effectivement restée rattachée au monitoring durant ce laps de temps, il n'est pas en soi exclu qu'elle ait tenté de se lever suivant les instructions de la sage-femme, cette dernière ayant confirmé, lors de son audition, qu'il n'était pas indispensable de procéder à un tel débranchement si l'on reste à proximité directe du lit. Il a du reste été inscrit, sur le relevé du monitoring, que la recourante a vomi vers 22h45. Ce fait se recouperait avec le témoignage du mari de la recourante selon lequel celle-ci avait vomi après avoir regagné son lit. Quoi qu'il en soit, le caractère ininterprétable du tracé durant plus d'une demi-heure permet d'expliquer l'absence de signe révélateur de la chute sur ce relevé, à un moment où l'anesthésique déployait déjà ses effets. Enfin, l'accouchement étant survenu à 00h40, il se serait effectivement écoulé environ deux heures entre la chute et ce moment-là, comme l'a déclaré la recourante lors de son entretien téléphonique avec l'intimée le 24 septembre 2004.

Compte tenu du faisceau d'indices constitué des éléments qui précèdent, on peut admettre, au stade de la vraisemblance prépondérante, que la recourante a bien été victime d'une chute entre la pose de la seconde péridurale et son accouchement.

4. Cela étant dit, il resterait à se prononcer sur la question du lien de causalité naturelle et adéquate entre cette chute et les maux de dos dont a souffert la recourante.

A cet égard, force est de constater que la documentation médicale au dossier est insuffisante pour se déterminer sur ce point. Dès lors qu'elle a d'emblée nié l'existence d'un événement accidentel, l'intimée n'a en effet pas instruit cette question.

En conséquence, il s'impose d'annuler la décision attaquée et de renvoyer la cause à l'intimée afin qu'elle procède à une instruction sur ce point.

5. Le présent arrêt peut être rendu sans frais conformément à l'art. 61 let. a LPGA.

La recourante a droit à des dépens dès lors qu'elle obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD). Le montant de ces dépens, en règle générale compris entre 500 et 5'000 francs, doit être fixé sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 46 LPA-VD ; 7 TFJAS [tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2]). En l'espèce, il y a lieu d'arrêter ces dépens, fixés en chiffres ronds incluant la taxe sur la valeur ajoutée (art. 7 al. 4 TFJAS), à 3'000 fr. et de les mettre à la charge de l'intimée, qui succombe.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision attaquée est annulée, la cause étant renvoyée à Allianz Suisse Assurances afin qu'elle complète l'instruction dans le sens des considérants puis rende une nouvelle décision.
- III.** Allianz Suisse Assurances versera à A.F. _____ la somme de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens.
- IV.** Le présent arrêt est rendu sans frais.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Christian Bacon, avocat (pour A.F. _____)
- Allianz Suisse Assurances
- 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).

Le greffier :