

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1407/2013

ATAS/160/2014

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 5 février 2014

4^{ème} Chambre

En la cause

Madame M_____, domiciliée c/o Monsieur N_____,
au PETIT-LANCY, comparant avec élection de domicile en l'étude
de Maître Anne-Sylvie DUPONT

recourante

contre

MUTUEL ASSURANCES SA, Service juridique, sise Rue des
Cèdres 5, MARTIGNY

intimée

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Christine LUZZATTO et Olivier LEVY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame M_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1950, a travaillé en qualité d'éducatrice au sein d'une institution accompagnant les personnes adultes en situation de handicap mental (ci-après : l'employeur). A ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels, ainsi que les maladies professionnelles auprès de MUTUEL ASSURANCES SA (ci-après : l'assurance ou l'intimée).
2. Depuis le 1^{er} décembre 2007, l'assurée était au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité, basée sur un degré d'invalidité de 50%, versée par l'OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS (ci-après : l'OAI-VS).
3. Le 15 mai 2009, l'assurée a été victime d'un accident sur son lieu de travail. En voulant s'interposer entre deux résidents de l'institution qui en venaient aux mains, elle a été projetée à terre et a reçu plusieurs coups de pieds. Malgré une douleur au dos, elle a travaillé pendant encore six jours avant de partir en vacances.
4. A partir du 24 juin 2009, l'assurée a été mise en incapacité de travail à 100% par le Dr A_____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie et en allergologie et immunologie clinique. L'arrêt de travail total a été prolongé jusqu'au 24 février 2010 par les Drs B_____, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne générale, C_____, médecin-assistant à l'Hôpital régional SION-HERENS-CONTHEY, et D_____, spécialiste FMH en neurochirurgie.
5. Dans un rapport du 30 juillet 2009, le Dr D_____ a relevé que l'assurée avait subi une opération de hernie discale à l'âge de 22 ans, ainsi qu'une autre opération de hernie lombaire à l'âge de 42 ans. L'assurée avait noté depuis plusieurs mois l'apparition d'une sciatalgie droite, d'apparition et d'intensification progressive. Elle avait relevé une nette aggravation de la situation un mois auparavant, avec irradiations dans le membre inférieur droit jusqu'au gros orteil. Elle signalait des douleurs bilatérales à nette prédominance droite et décrivait actuellement des douleurs constantes, accentuées en position assise, interférant avec le sommeil, impulsives au Valsalva, sans trouble sphinctérien. Selon le Dr D_____, l'assurée présentait des sciatalgies bilatérales, à nette prédominance droite, qui persistaient malgré un traitement conservateur. Une IRM du même jour réalisée par le Dr E_____, spécialiste FMH en radiologie, mettait en évidence une hernie discale essentiellement médiane en L4-L5, engendrant un canal lombaire étroit. Le Dr D_____ préconisait une opération sous la forme d'une foraminotomie L4-L5 bilatérale, avec microdissectomie, acceptée par l'assurée et agendée pour le 13 août 2009.
6. Le 12 août 2009, l'employeur a communiqué à l'assurance une déclaration d'accident, dont il ressort que l'événement du 15 mai 2009 a engendré une atteinte au dos, des deux côtés, entraînant une incapacité de travail totale depuis le 24 juin 2009, inclus. Avant son accident, l'assurée travaillait à un taux d'activité de 60%,

soit 27 heures par semaine, l'horaire usuel de travail pour temps complet étant de 45 heures par semaine.

7. Du 12 août au 6 septembre 2009, l'assurée a été hospitalisée au Centre Hospitalier du Centre du Valais (ci-après : CHCVs). Le 7 septembre 2009, elle a été transférée au Centre valaisan de pneumologie à CRAN-MONTANA.
8. Dans un rapport du 13 août 2009, le Dr A_____ a diagnostiqué une affection rhumato/neuro complexe.
9. Le même jour, l'assurée a été opérée conformément au rapport du Dr D_____ du 30 juillet 2009.
10. Sa symptomatologie n'ayant pas évolué les jours qui ont suivi, une seconde opération a été réalisée par le Dr D_____ le 21 août 2009. Elle a consisté en une laminectomie L3-L4-L5 et en une « fixation par PILF L3-L4 et L4-L5 pour canal lombaire étroit (cages Capstone, fixation Legacy, Medtronic) ».
11. Le 27 août 2009, une troisième intervention chirurgicale a eu lieu, afin de repositionner une vis posée lors de l'opération du 21 août 2009.
12. Dans un rapport du 4 septembre 2009, le Dr D_____ a diagnostiqué un canal lombaire rétréci L3-L4 et très serré en L4-L5 avec hernie discale L4-L5 à droite. Il a également retenu au titre des comorbidités un status post-deux hernies discales lombaires opérées en 1976 et 1989 et des allergies au Bactrim, Mydocalm, Rohypnol et poils de chiens.
13. Suite à une demande de renseignements de l'assurance, l'assurée a, le 28 août 2009, indiqué que son arrêt de travail avait été prolongé jusqu'au 15 novembre 2009. Elle a également précisé les circonstances de son accident. En voulant séparer deux résidents qui se battaient, un troisième résident lui a donné des claques, des coups de pieds aux jambes, puis un grand coup de pied dans le dos, ce qui l'a fait tomber à terre. Durant sa chute, elle a ressenti une douleur intense au dos. Une fois à terre, elle a reçu des coups de pieds dans le bas du dos et aux jambes et des coups multiples accompagnés de diverses griffures sur ses avant-bras.
14. Par courrier du 14 septembre 2009, l'assurance a indiqué à l'assurée qu'en raison de l'absence de traitement initial et des troubles dégénératifs dont elle souffrait, la relation de causalité ne pouvait pas être admise pour le traitement médical débuté le 24 juin 2009. Le médecin-conseil relevait que ses troubles ne pouvaient pas avoir été provoqués par l'accident. Par conséquent, son cas relevait de son assurance-maladie.
15. Dans un rapport du 18 septembre 2009, le Dr D_____ a posé les diagnostics de claudication neurogène bilatérale à prédominance droite sur canal lombaire étroit L4-L5 avec hernie discale médiane à ce niveau, de canal lombaire étroit L3-L4 et de status post-opératoire de hernie discale L5-S1 à droite. L'étiologie de l'affection en cause était des troubles dégénératifs. Aucune circonstance sans rapport avec l'accident ne jouait de rôle dans l'évolution du cas. L'assurée était actuellement en

réhabilitation. Il fallait compter un délai de trois à cinq mois après la chirurgie de stabilisation pour la reprise progressive du travail.

16. Dans un rapport reçu le 23 septembre 2009 par l'assurance, le Dr B_____ a posé le diagnostic de canal lombaire étroit sévère acquis sur troubles dégénératifs et congénital avec claudication neurogène.
17. Dans un rapport du même jour, le Dr D_____ a diagnostiqué une claudication neurogène bilatérale sur canal lombaire étroit avec hernie discale L4-L5.
18. Dans un rapport du 29 septembre 2009, les Drs F_____, G_____ et H_____ du CHCVs ont retenu les diagnostics principaux de canal lombaire rétréci L3-L4 et très serré en L4-L5 droite. Ils ont également posé deux diagnostics secondaires, soit des troubles de l'adaptation en septembre 2009 et une infection urinaire à *Escherichia coli* en septembre 2009. Enfin, ils ont relevé plusieurs comorbidités, soit un status post-deux hernies discales lombaires opérées il y a 37 et 17 ans, des allergies au Bactrim, Mydocalm, Rohypnol et poils de chiens, Lyrica, Trittico (cauchemar), un status post-cholécystectomie en 2007, un status post-hystérectomie en 2008 et un status post-amygdalectomie dans l'enfance. L'évolution de l'état de santé de l'assurée était positif, ses douleurs diminuant avec un Lasègue à 80% persistant et une douleur au coucher lorsqu'elle ne portait pas de corset. Elle était indépendante pour les activités de la vie quotidienne et au niveau fonctionnel, l'évolution était favorable avec une autonomie complète à la marche et sur terrain plat avec des bâtons. Durant son séjour, l'assurée avait bénéficié d'une consultation de psychiatrie qui avait conclu à des troubles de l'adaptation avec insomnies, traitée par médication.
19. Du 26 février 2010 au 13 avril 2011, l'incapacité de travail de l'assurée a fluctué entre 70% et 100% selon les certificats médicaux établis par les Drs D_____, A_____ et B_____.
20. Le 15 mars 2010, l'assurée a repris le travail à 20%. Afin de permettre cette reprise, son employeur a provisoirement créé un poste d'animation.
21. Dans un rapport du 10 janvier 2011 reçu par la OAI-VS le 20 janvier 2011, le Dr I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué avoir pris en charge l'assurée pour un traitement de psychiatrie/psychothérapie intégrée dès le 26 juillet 2010. La raison du traitement était l'amélioration de la symptomatologie psychique faite de différentes peurs, soit la peur d'être attaquée, de se trouver dans la foule, d'être bousculée, mise par terre dans les transports publics et la peur des mouvements de foule. Ces peurs faisaient suite à l'agression qu'elle avait subie le 15 mai 2009. Du point de vue psychiatrique, le Dr I_____ avait constaté que l'assurée portait en elle les conséquences de cette agression sous forme d'une hyper vigilance et d'une peur anticipative des situations au cours desquelles elle risquait de se faire bousculer, mettre à terre ou écraser. Un des objectifs de la psychothérapie était d'améliorer sa capacité de travail, actuellement limitée à 20%.

Le pronostic à court terme semblait encore réservé en raison de sa fragilité psychique importante.

22. Dans son rapport du 28 février 2011, le Dr J_____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité Rhône (ci-après : le SMR) a retenu comme diagnostic principal un status après cure de canal lombaire étroit, par laminectomie et PLIF L3-L4-L5 et comme diagnostics associés avec répercussion sur la capacité de travail, un status après cure de hernie discale L4-L5 et L5-S1 droite et un état de stress post-traumatique. Plusieurs limitations fonctionnelles en découlaient, soit une limitation du temps de travail à deux demi-journées par semaine, une alternance des positions assise et debout, une limitation des ports de charges à cinq kilogrammes et occasionnellement, l'exclusion de tout travail lourd, une limitation du périmètre de marche et une diminution de la résistance au stress, le travail individuel devant être privilégié par rapport au travail en groupe. Dans son activité habituelle, son incapacité de travail était de 100% dès le 15 mai 2009, de 80% dès le 14 mars 2010 et de 70% dès le 15 avril 2010. Dans une activité adaptée, l'incapacité de travail était de 100% dès le 15 mai 2009 et de 80% dès le 5 juillet 2010. Le Dr J_____ précisait encore que l'activité exercée actuellement par l'assurée lui paraissait adaptée, car faite « sur mesure ». Une amélioration de son état de santé était à prévoir, tant sur le plan psychiatrique qu'orthopédique.
23. Par décision du 10 mars 2011, l'OAI-VS, se fondant sur l'avis du SMR, a considéré que l'état de santé de l'assurée s'était péjoré depuis le 15 mai 2009 et qu'elle présentait une incapacité de travail totale dans toute activité lucrative. Dans la mesure où elle exerçait une activité d'animatrice pour un taux d'activité de 20 à 30%, son degré d'invalidité, respectivement sa perte de gain, s'élevait à 75%, ce qui lui donnait droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} août 2009.
24. Le 19 avril 2011, le Dr I_____ a attesté de l'incapacité de travail totale de l'assurée du 19 avril au 30 mai 2011. Par la suite, il a prolongé l'arrêt de travail jusqu'au 30 juin 2011.
25. Par courrier du 20 mai 2011, Monsieur F_____, fils de l'assurée, a contesté le courrier de l'assurance du 14 septembre 2009, considérant que la position qu'il exprimait était manifestement erronée et basée sur une enquête incomplète. Il requerrait de l'assurance qu'elle revienne sur sa décision informelle du 14 septembre 2009 en raison des troubles psychiques dont souffrait l'assurée et qui constituait un fait nouveau.
26. Par courrier du 23 juin 2011, l'assurance a refusé d'accéder à la requête du fils de l'assurée. Elle a indiqué que sa prise de position exprimée dans son courrier du 14 septembre 2009 était entrée en force, faute d'avoir fait l'objet d'une réaction dans un délai raisonnable au sens de la jurisprudence. Pour le surplus, au vu des renseignements en sa possession et notamment du dossier de l'OAI-VS, les divers troubles de l'assurée étaient sans lien de causalité vraisemblable avec l'accident du 15 mai 2009.

27. Par courrier du 4 juillet 2011, le fils de l'assurée a persisté dans sa demande. En outre, il a relevé que ni le courrier du 14 septembre 2009, ni celui du 23 juin 2011 n'étaient des décisions formelles. Il considérait ce dernier courrier comme une nouvelle décision, qu'il entendait contester auprès de l'autorité compétente.
28. Par courrier du 20 juillet 2011, l'assurée a, par l'intermédiaire de son Conseil, requis de l'assurance qu'elle rende une décision formelle quant à son refus d'entrer en matière sur sa demande du 20 mai 2011.
29. Le 24 août 2011, l'assurée a formé opposition au courrier du 23 juin 2011, bien qu'elle ne le considère pas comme une décision formelle. Selon elle, l'instruction de son dossier était lacunaire. La question de l'impact de l'agression sur l'évolution du problème du rachis n'avait pas fait l'objet d'une expertise, ce qui ne permettait pas de savoir si le *statu quo sine* ou *quo ante* avait été atteint. Aucun examen ou expertise psychiatrique permettant de se prononcer sur le lien de causalité naturel entre les troubles psychiatriques et l'accident n'avait été conduit.
30. Par courrier du 8 septembre 2011, l'assurance a contesté devoir rendre une décision formelle, le refus de prendre en charge l'incapacité de travail débutée le 24 juin 2009 et ses suites étant entré en force. En effet, la demande de reconsidération du fils de l'assurée était datée du 20 mai 2011, soit plus de 20 mois après son courrier du 14 septembre 2009 marquant son refus de prise en charge. Selon elle, l'ensemble des certificats médicaux d'incapacité de travail au dossier faisaient état d'une maladie et non d'un accident. L'annonce de sinistre de l'employeur n'était intervenue que le 12 août 2009, alors que le sinistre datait du 15 mai 2009. Celui-ci devait être relativement bénin dans la mesure où il n'avait pas entraîné d'incapacité de travail, ni de déclaration immédiate de l'employeur. De plus, le rapport médical du 26 août 2009 établi par le Dr B _____ ne faisait aucune mention de l'accident du 15 mai 2009. Le lien de causalité entre le sinistre et les troubles somatiques dont souffrait l'assurée avait été nié dans le courrier du 14 septembre 2009, lequel n'avait été contesté ni par l'assurée, ni par ses médecins. Ce courrier, bien qu'il ne s'agisse pas d'une décision formelle, était donc entré en force, faute d'avoir été contesté par l'assurée dans un délai d'une année.
31. Par acte du 7 octobre 2011, l'assurée a interjeté recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal valaisan pour déni de justice, concluant à la constatation que l'assurance s'était rendue coupable d'un déni de justice à son encontre et qu'un délai impératif lui soit fixé pour rendre une décision.
32. Dans sa réponse du 9 novembre 2011, l'assurance a conclu au rejet du recours, persistant dans les termes de ses courriers des 23 juin et 8 septembre 2011.
33. Dans sa réplique du 11 décembre 2011, la recourante a indiqué que l'assurance était tenue de rendre une décision formelle dans la mesure où elle était saisie d'une demande de révision.

34. Dans sa duplique du 22 décembre 2011, l'assurance a indiqué que l'assurée n'avait pas mentionné à quelle date ses troubles psychiques étaient apparus et que, par conséquent, une demande claire de révision faisait défaut.
35. Par jugement du 5 octobre 2012, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal valaisan a admis le recours de l'assurée et invité l'assurance à statuer à bref délai sur sa demande de révision. En substance, il a été considéré que le courrier du 14 septembre 2009 de l'assurance était une décision informelle rendue à tort et par conséquent contestable dans le délai d'une année. La teneur de ce courrier, le fait que l'assurance n'ait versé aucune prestation pendant plusieurs mois et que l'assurée ne l'ait pas remis en cause amenait à la conclusion que l'assurée avait tardé à réagir au-delà du délai raisonnable et qu'elle devait se voir opposer l'entrée en force du courrier du 14 septembre 2009. En ce qui concerne le déni de justice, il ne pouvait être retenu par rapport au refus de l'assurance d'entrer en matière sur la demande de reconsidération, l'assurance étant en droit de refuser d'entrer en matière par simple courrier. En revanche, sous l'angle d'une demande de révision, l'assurance aurait dû rendre une décision, même pour marquer son refus d'entrer en matière.
36. Par décision du 8 novembre 2012, l'assurance a refusé d'entrer en matière sur la demande de révision de l'assurée, estimant que les conditions de la révision n'étaient pas remplies. Pour le surplus elle renvoyait l'assurée à sa décision informelle du 14 septembre 2009, entrée en force selon le jugement du 5 octobre 2012.
37. Par courrier du 10 décembre 2012, l'assurée a formé opposition à la décision de l'assurance du 8 novembre 2012 et conclu à ce qu'elle entre en matière sur sa demande de révision, à l'octroi des prestations prévues par l'assurance-accidents pour ses troubles psychiques et à la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire. Elle a rappelé que l'instruction menée par l'assurance n'avait porté que sur ses troubles somatiques. Les atteintes psychiques étaient quant à elle nouvelles et justifiaient la révision du cas. Le rapport du Dr I_____ reliait sans aucun doute possible ces troubles à l'accident du 15 mai 2009. Dans l'éventualité où lesdits troubles étaient apparus après le courrier du 14 septembre 2009 de l'assurance, ils représentaient clairement une aggravation de son état de santé qui justifiait une révision matérielle, ou à tout le moins une instruction en ce sens. Enfin, il convenait de revoir la question du lien de causalité entre l'accident et les troubles du rachis, l'OAI-VS ayant retenu la date de l'accident comme celle de l'aggravation des troubles rhumatologiques, justifiant le passage d'une demi-rente à rente complète.

A l'appui de son opposition, l'assurée a produit plusieurs documents médicaux, soit :

- un rapport du 10 décembre 1996 du Dr K_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à l'attention du Dr L_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie, dans lequel il a

diagnostiqué une dysthymie, un trouble somatoforme douloureux et des traits de personnalité dépendante. Le taux d'invalidité psychiatrique était de 40%. Il a en outre relevé une fragilité psychique importante, un passé de dépressions, dont un épisode au moins a justifié une hospitalisation en milieu psychiatrique, des difficultés relationnelles et un abaissement chronique de l'élan vital. Ses douleurs dépassaient ce que laisseraient entendre les données organiques objectives ;

- une expertise du 18 décembre 1996 du Dr L_____, lequel a retenu les diagnostics de dysthymie, de troubles somatoformes douloureux, de lombopygalgies sur troubles statiques et dégénératifs, de cervicalgies sur troubles statiques et dégénératifs et de status après cure de hernie discale L5-S1 à droite. L'incapacité de travail qui en découlait était de 50%, étant précisé que majeure partie de cette incapacité était liée à l'atteinte psychiatrique (40%). Des troubles dégénératifs induisaient des douleurs au niveau rachidien ;
 - un courrier du 26 avril 2002 du Dr R_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, à l'attention du Dr A_____, dans lequel il a retenu les diagnostics de lombalgies chroniques avec pseudo-sciatalgies bilatérales, de discopathies sévères L4-L5 et L5-S1 avec spondylo-discarthrose L4-L5 et anomalie transitionnelle lombo-sacrée et de cervicalgies mécaniques vraisemblablement communes. Dans le cadre de la discussion du cas, le Dr R_____ a suggéré l'instauration d'un traitement d'antidépresseurs tricycliques à visée antalgique, ce d'autant plus que l'assuré aurait présenté un état dépressif quelques temps auparavant ;
 - un courrier du 11 mai 2002 du Dr A_____ dans lequel il a retenu plusieurs diagnostics, soit des lombalgies chroniques avec pseudo-sciatalgies bilatérales, des discopathies sévères L4-L5 et L5-S1 avec spondylo-discopathies L4-L5 et anomalie transitionnelle lombo-sacrée, un état anxio-dépressif réactionnel, une dyslipidémie, une obésité, un status après infection Helicobacter-pylori et une affection digestive basse chronique. Compte tenu de ces diagnostics, l'assurée devait absolument bénéficier d'une demi-rente d'invalidité, voire d'avantage.
38. Par décision sur du 25 février 2013, l'assureur a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé sa décision du 8 novembre 2012. Il a considéré en substance que si le rapport du Dr I_____ reliait sans doute possible les troubles psychiques à l'accident, comme le soutient l'assurée, et si ces troubles étaient apparus entre le 15 mai 2009 et le 14 septembre 2010, ils pouvaient être invoqués par simple courrier dans le délai d'une année. Dans la mesure où tel n'avait pas été le cas, la voie de la révision n'était pas ouverte. Le courrier du fils de l'assurée du 20 mai 2011 demandant la révision du cas était tardif, car il se fondait sur le rapport du Dr I_____ du 10 janvier 2011, dans lequel on apprenait que ce médecin suivait l'assurée depuis le 26 juillet 2010. Enfin et à teneur du dossier, l'assurée souffrait depuis plusieurs années de problèmes psychiques, ceux-ci ayant même entraîné une hospitalisation en milieu psychiatrique, et justifiant une incapacité de travail de

40%, selon l'expertise réalisée par le Dr K_____. Par conséquent, les problèmes psychiques de l'assurée ne pouvaient pas être considérés comme un fait nouveau ouvrant droit à la révision.

39. Par acte du 11 avril 2013, l'assurée, par l'intermédiaire de son Conseil, interjette recours contre ladite décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal valaisan. Elle requiert préalablement le bénéfice de l'assistance juridique, ainsi qu'à ce qu'une expertise judiciaire soit ordonnée, et conclut à l'annulation de la décision du 25 février 2013 et à la prise en charge des suites de l'accident du 15 mai 2009, subsidiairement à ce que la cause soit renvoyée à l'intimée pour instruction et nouvelle décision. Selon elle, l'intimé n'a jamais instruit, ni rendu de décision formelle sur la question des troubles psychiques. En outre, si les troubles psychiques invalidants existaient avant le 14 septembre 2009, la simple existence d'un suivi psychiatrique par le Dr I_____ n'était pas suffisante pour permettre à la recourante de considérer son atteinte comme invalidante et donc comme susceptible de fonder un droit à des prestations de l'intimée. La preuve du caractère invalidant de cette atteinte a été donnée par la communication d'un projet de décision du 10 mars 2011 de l'OAI-VS. Ce n'est qu'à partir de cette date que la recourante pouvait signaler son état de santé et demander à l'intimée de revoir sa position, ce qui a été fait par son fils le 20 mai 2011, soit dans le délai légal. Si les troubles psychiques invalidants sont apparus après le 14 septembre 2009, l'intimée aurait dû examiner l'hypothèse d'une aggravation de son état de santé. Cette dernière classait à tort tous les troubles psychiques qui l'affectaient dans la même catégorie, alors même que ses antécédents psychiatriques n'avaient rien à voir avec les troubles spécifiques diagnostiqués par le Dr I_____. Enfin, il existait indéniablement un lien de causalité entre son accident et les troubles psychiques dont elle souffrait. Son accident devait être considéré comme étant de gravité moyenne, dans sa limite supérieure. Il avait été particulièrement impressionnant de par sa violence, sa « spontanéité » et son imprévisibilité, exacerbant ses douleurs au dos et occasionnant de nombreuses opérations chirurgicales. Ces éléments devaient être mis en lien avec les peurs dont elle souffrait, soit de se voir bousculée, jetée à terre et écrasée. L'OAI-VS avait d'ailleurs converti sa demi-rente d'invalidité en une rente entière à la suite de l'accident du 15 mai 2009, reconnaissant notamment l'existence d'un stress post-traumatique.
40. Par courrier du 30 avril 2013, le Conseil de la recourante a indiqué à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal valaisan que la recourante était domiciliée à GENÈVE antérieurement au dépôt du recours.
41. Par décision du 2 mai 2013, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal valaisan a déclaré le recours irrecevable, au motif qu'elle n'était pas compétente *ratione loci* pour en connaître, et l'a transmis d'office à la Cour de céans.
42. Dans sa réponse du 25 juillet 2013, l'intimée conclut au rejet du recours et à la confirmation de sa décision sur opposition du 25 février 2013, sous suite de frais et dépens. Elle rappelle avoir rendu une décision informelle le 14 septembre 2009. A

cette époque, la recourante ne présentait que des troubles somatiques au dos. Le délai d'une année à disposition de la recourante pour critiquer cette décision était arrivé à échéance le 14 septembre 2010. Or, à teneur du rapport du 10 janvier 2011 établi par le Dr I_____, la recourante a dû suivre un traitement psychiatrique pour divers troubles, notamment la peur d'être bousculée ou jetée à terre, ceux-ci ayant une influence sur sa capacité de travail. Dès lors, la recourante aurait dû l'informer de l'existence de ces troubles le 14 septembre 2010 au plus tard, ce qui n'avait pas été le cas. La décision informelle du 14 septembre 2009 a ainsi acquis la force de chose décidée. Même en tenant compte de sa demande de révision du 20 mai 2011, la recourante n'y a pas mentionné ses troubles psychiatriques pourtant énoncés dans le rapport du Dr I_____ du 10 janvier 2011. Les conditions de la révision n'étant pas données, elle était en droit de refuser d'entrer en matière sur la demande de révision. Quant au lien de causalité, malgré le fait que cette question soit sans pertinence compte tenu des éléments qui précèdent, l'intimée souligne qu'un état anxio-dépressif réactionnel aux troubles dorsaux avait déjà été diagnostiqué en 2002, en dehors de tout contexte d'agression. Dans le rapport final du SMR du 28 février 2011 était posé un diagnostic principal de status après cure du canal lombaire étroit avec un taux de capacité de travail de 70% dans l'activité habituelle et de 80% dans une activité adaptée. Ces taux correspondaient à ceux fixés par les médecins en rapport avec les problèmes dorsaux, de sorte que si l'état de stress post-traumatique nécessitait un traitement, il ne justifiait en tout cas pas une incapacité de travail supplémentaire. Cela rendait toute expertise médicale inutile. En dernier lieu, l'intimée n'avait pas à examiner le cas de la recourante d'office dans la mesure où elle ne bénéficiait pas d'une rente ou d'une prestation durable de sa part.

43. Dans sa réplique du 22 août 2013, la recourante persiste intégralement dans ses conclusions, concluant pour le surplus à ce que la décision sur opposition du 25 février 2013 soit annulée et que la cause soit renvoyée à l'intimée afin qu'elle entre en matière sur sa demande de réexamen. Elle conteste deux points, soit l'interprétation de l'intimée quant à la conséquence de l'écoulement du délai d'une année suite à sa décision informelle et sur la notion de fait nouveau telle que retenue par l'intimée. Sur le premier point, elle considère que si elle avait annoncé un suivi psychiatrique en juillet 2010 comme le préconise l'intimée, il lui aurait été répondu qu'il s'agissait d'un fait postérieur au courrier informel du 14 septembre 2009 ne permettant pas de le remettre en question. Une nouvelle instruction aurait alors débuté pour la période postérieure au 14 septembre 2009. Sur le second point, elle rappelle que la connaissance d'un fait nouveau suppose la connaissance certaine de faits et de moyens de preuve inconnus, de simples indices ou suppositions n'étant pas suffisants. Sous l'angle des prestations de l'assurance-accident, un fait n'est pertinent que s'il est susceptible de donner droit à des prestations. Dans son cas, il n'était pas nécessaire d'annoncer à l'intimée son traitement psychiatrique tant qu'elle n'était pas entravée dans sa capacité de travail.

L'incapacité de travail étant survenue le 19 avril 2011, la demande de révision du 20 mai 2011 ne pouvait être considérée comme tardive.

44. Par courrier du 23 août 2013, la Cour de céans a informé la recourante du fait que les demandes d'assistance juridique devaient être directement adressées au greffe de l'assistance juridique.
45. Dans sa duplique du 10 septembre 2013, l'intimée persiste une fois encore dans ses conclusions. En premier lieu, le délai d'une année à disposition de la recourante à partir du 14 septembre 2009 était à sa disposition pour remettre en cause la clôture du cas, ce qu'elle n'avait pas fait. Si la recourante s'était manifestée avant le 14 septembre 2010 pour faire valoir ses troubles psychiatriques qu'elle attribue à l'accident, la décision informelle ne serait pas entrée en force. L'intimée aurait dû assimiler la demande de la recourante à une contestation de la clôture du cas et rendre une décision formelle qui aurait tenu compte de l'état de fait à ce moment-là. En second lieu, les consultations psychiatriques à partir du 26 juillet 2010 auraient justifié une annonce auprès d'elle dans la mesure où ce type de prestation faisait partie du catalogue des soins qui devaient être pris en charge par l'assurance-accident. Dès juillet 2010, les troubles psychiatriques auraient pu être considérés comme un fait nouveau, sans attendre l'incapacité de travail du mois d'avril 2011. La recourante disposait de 90 jours pour en faire l'annonce, délai qu'elle n'avait pas non plus respecté. Par conséquent, elle était fondée à refuser d'entrer en matière sur la demande de révision.
46. A la suite de quoi la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, 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-accidents, du 20 mars 1981 (LAA ; RS 832.20).

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

2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). La décision sur opposition a été rendue le 25 février 2013 et a été reçue par la recourante le lendemain, soit le

26 février 2013. L'art. 38 al. 4 LPGA prévoit que les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 7^e jour avant Pâques au 7^e jour après Pâques inclusivement (let. a). Par conséquent, le délai de recours est arrivé à échéance le 12 avril 2013. Interjeté le 11 avril 2013 dans la forme prévue par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA. Précisons que le fait que la recourante ait déposé son recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal valaisan alors même qu'elle était domiciliée à Genève n'a aucune incidence sur sa recevabilité par application des art. 58 al. 3, 60 et 39 LPGA.

4. Le litige porte sur la question de savoir si c'est à bon droit que l'intimée a refusé d'entrer en matière sur la demande de reconsidération et/ou de révision formulée par le fils de la recourante le 20 mai 2011.
5. A titre préalable, il convient de rappeler que plusieurs questions juridiques essentielles à la résolution du litige ont été abordées par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal valaisan dans le cadre de son arrêt du 5 octobre 2012. Cet arrêt étant aujourd'hui entré en force, il a acquis l'autorité de la chose jugée et ne peut en aucun cas être remis en cause par la Cour de céans.

Il ressort notamment de cet arrêt que suite à l'accident du 15 mai 2009 et à la déclaration de l'employeur du 12 août 2009, l'intimée a, par courrier du 14 septembre 2009, informé la recourante que la relation de causalité entre l'accident et ses douleurs dorsales ne pouvait être admise, en raison de l'absence de traitement initial et des troubles dégénératifs dont elle souffrait.

Comme l'a relevé à juste titre la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal valaisan, ce courrier consiste en un refus de prise en charge qui aurait dû revêtir la forme d'une décision formelle indiquant notamment les voies de droit (cf. art. 49 al. 3 LPGA). Or tel n'a pas été le cas en l'espèce.

La notification irrégulière d'une décision ne devant entraîner aucun préjudice pour l'intéressé (art. 49 al. 3 *in fine* LPGA), la jurisprudence préconise l'application par analogie de l'art. 51 al. 2 LPGA relatif à la procédure simplifiée, l'intéressé pouvant exiger de l'assurance qu'une décision formelle soit rendue (ATF 134 V 145 consid. 5.1). Celui qui entend contester le refus (total ou partiel) de prestations communiqué à tort par l'assurance-accidents selon une procédure simplifiée, sans décision formelle, doit en principe le déclarer dans un délai d'une année. L'assureur doit alors rendre une décision formelle, contre laquelle la procédure d'opposition est ouverte. A défaut de réaction dans le délai utile, le refus entre en force comme si la procédure simplifiée prévue par l'art. 51 al. 1 LPGA avait été appliquée à juste titre (ATF non publié 8C_63/2008 du 3 juin 2008, consid. 2). En l'occurrence, la recourante n'a réagi que vingt mois plus tard, soit hors délai, de sorte que la position de l'intimée exprimée dans le courrier du 14 septembre 2009 a acquis la force de chose décidée.

6. D'après l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable.

Selon cette disposition qui formalise un principe général du droit des assurances sociales, l'assureur peut donc reconsidérer une décision ou une décision sur opposition formellement passée en force et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (ATF 133 V 50 consid. 4.1).

Cela étant, ni l'assuré ni le juge ne peuvent, de jurisprudence constante, exiger que l'assureur reconsidère sa décision (ATF 117 V 8 consid. 2a et les références). Un droit à la reconsidération d'une décision, susceptible d'être déduit en justice par l'assuré, n'existe donc pas. Cependant, lorsque l'assureur entre en matière sur une demande de reconsidération et examine si les conditions en sont réalisées, le refus d'entrer en matière est susceptible d'être attaqué par la voie d'un recours ; le contrôle juridictionnel dans la procédure de recours subséquente se limite alors au point de savoir si les conditions d'une reconsidération (inexactitude manifeste de la décision initiale et importance notable de la rectification) sont réunies (ATFA non publié du 6 janvier 2006, I 551/04, consid. 4.2 ; ATF 119 V 475 consid. 1b/cc). A contrario, quand l'assureur n'entre pas en matière sur une demande de reconsidération, le recours interjeté contre cette décision de refus n'est pas recevable (ATF non publié 8C_866/2009 du 27 avril 2010, consid. 2).

7. En l'espèce, il ressort de la décision du 8 novembre 2012 et de la décision sur opposition du 25 février 2013 que l'intimée ne s'est nullement prononcée sur la réalisation des conditions matérielles d'une reconsidération et que, partant, il s'impose de constater qu'elle s'est bornée à refuser d'entrer en matière sur la reconsidération de sa position exprimée dans le courrier du 14 septembre 2009. Bien que l'intimée, s'appuyant sur le jugement du 5 octobre 2012 rendu par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal valaisan, ait rendu une décision de refus d'entrer en matière sur la seule question de la révision du cas par rapport aux troubles psychiques, la recourante conclut à l'annulation de la décision sur opposition du 25 février 2013 et à la prise en charge par l'intimée des suites de l'accident du 15 mai 2009. Par ses conclusions, la recourante entend donc non seulement obtenir la révision de son cas sous l'angle de ses troubles psychiques, lesquels constitueraient selon elle un fait nouveau, mais également la reconsidération de son cas sous l'angle de ses troubles somatiques au dos. Comme l'a très justement relevé la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal valaisan dans son jugement du 5 octobre 2012, rappelons enfin que l'intimée a refusé d'entrer en matière sur la reconsidération de manière conforme au droit dans ses courriers des 23 juin et 8 septembre 2011. En conséquence, le recours est irrecevable en tant qu'il conclut à l'annulation de la décision de l'intimé de ne pas entrer en matière sur la reconsidération de sa décision du 14 septembre 2009.

8. Reste à déterminer si le refus d'entrer en matière de l'intimée sur la demande de révision du 20 mai 2011 de la recourante est justifié.

A teneur de l'art. 53 al. 1 LPGA, l'assureur est tenu de procéder à la révision d'une décision entrée en force formelle lorsque sont découverts des faits nouveaux ou de nouveaux moyens de preuve, susceptibles de conduire à une appréciation juridique différente. Sont « nouveaux » au sens de cette disposition, les faits qui n'étaient pas connus du requérant, malgré toute sa diligence, et qui se sont produits tant que, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables (ATFA du 6 janvier 2006, I 551/04, consid. 4.1).

Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du recourant. Si les nouveaux moyens sont destinés à prouver des faits allégués antérieurement, le recourant doit aussi démontrer qu'il ne pouvait pas les invoquer dans la précédente procédure. Une preuve est considérée comme concluante lorsqu'il faut admettre qu'elle aurait conduit l'assureur à statuer autrement s'il en avait eu connaissance dans la procédure principale. Ce qui est décisif, c'est que le moyen de preuve ne serve pas à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'une nouvelle expertise donne une appréciation différente des faits ; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Autrement dit, pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que l'expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que l'assureur ; il faut que l'appréciation inexacte soit la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour la décision (ATFA du 13 avril 2005, U 186/04, consid. 2 ; ATF 127 V 353 consid. 5b).

La révision procédurale de l'art. 53 al. 1 LPGA est soumise aux délais prévus par l'art. 67 de la loi fédérale sur la procédure administrative (PA), applicable par renvoi de l'art. 55 al. 1^{er} LPGA, à savoir un délai relatif de nonante jours dès la découverte du motif de révision et un délai absolu de dix ans qui commence à courir avec la notification de la décision (ATF non publié du 3 août 2007, I 528/06 consid. 4.2 et les références). Pour déterminer le moment de la découverte du motif de révision, il ne faut pas se fonder sur la connaissance effective (subjective) par le représentant légal mandaté ultérieurement, mais il faut examiner à partir de quand la personne habilitée à demander la révision a pu avoir connaissance du motif de révision (ATFA non publié U 465/04 du 16 juin 2005, consid. 1 et 2.2, in REAS 2005 p. 242).

9. En l'espèce, et comme l'a indiqué la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal valaisan, on peut déduire des deux courriers adressées les 20 mai et 4 juillet 2011 à l'intimée par le fils de la recourante qu'ils consistent en une demande de révision. En effet, il en ressort que la recourante entendait faire réexaminer sa

situation. D'ailleurs, le Conseil de la recourante a présenté une demande formelle de révision le 20 juillet 2011.

Dans sa décision du 8 novembre 2012 et sa décision sur opposition du 25 février 2013, l'intimée a refusé d'entrer en matière sur la demande de révision, estimant que ses conditions n'étaient pas remplies, soit que la demande était tardive et que les troubles psychiques n'étaient pas des faits nouveaux. Pour sa part, la recourante estime avoir respecté le délai légal de 90 jours pour demander la révision de son cas sous l'angle des troubles psychiques relevés par le Dr I_____. Il n'était pas nécessaire d'informer l'intimée du traitement psychiatrique suivi auprès de ce dernier avant le 19 avril 2011, soit dès le moment de la survenance de son incapacité de travail liée à ses troubles psychiques. Par ailleurs, la preuve du caractère invalidant de ces troubles n'avait été apportée que par la communication du projet de décision du 10 mars 2011 de l'OAI-VS.

Force est ici de constater que la demande de révision du 20 mai 2011 est intervenue au-delà du délai de 90 jours dès la découverte d'un motif de révision, prévu à l'art. 67 PA. Sans même prendre en considération les troubles de l'adaptation diagnostiqués le 29 septembre 2009 par les médecins du CHCVs, la recourante était traitée depuis le 26 juillet 2010 par le Dr I_____ pour les troubles psychiques qu'elle considère comme des faits nouveaux. Il apparaît surprenant que la recourante n'ait pas indiqué à l'intimée l'existence de ces troubles et du traitement y relatif dès l'été 2010, ce d'autant plus que le Dr I_____ considère que le lien de causalité avec l'accident du 15 mai 2009 est donné. Même à supposer que la recourante n'ait appris la nature des atteintes à sa santé psychiques et leur éventuel lien de connexité avec l'accident que le 10 janvier 2011, soit le jour de l'établissement du rapport du Dr I_____, ce qui apparaît comme peu probable, la Cour de céans peine à comprendre pourquoi elle n'en a pas rapidement informé l'intimée. Cela est d'autant plus étonnant que ledit rapport a été communiqué à l'OAI-VS qui l'a reçu le 20 janvier 2011, soit à peine dix jours plus tard. Soutenir, comme le fait la recourante que la preuve du caractère invalidant de ses troubles psychiques n'a été apportée que le 10 mars 2011 par le projet de décision de l'OAI-VS est erroné et sans pertinence. Non seulement la recourante avait connaissance des troubles psychiques dont elle souffrait le 10 janvier 2011 au plus tard, mais le rôle de l'assureur-accidents va bien au-delà de la prise en charge des cas qui aboutissent à une invalidité. Comme l'a relevé à juste titre l'intimée, le traitement psychiatrique prodigué par le Dr I_____ entre manifestation dans le catalogue des prestations pouvant être remboursées par ses soins. Qui plus est, la décision de l'OAI-VS ne permet pas de déterminer le lien de causalité entre l'accident et les troubles dont souffre la recourante, mais simplement de constater que son état de santé s'est dégradé à partir du 15 mai 2009 et qu'une rente entière d'invalidité doit être versée. Rappelons également que les rapports médicaux – y compris des médecins traitants de la recourante – figurant au dossier font état de troubles dégénératifs comme étant la cause de ses douleurs dorsales. La recourante ne peut

pas non plus être suivie lorsqu'elle soutient qu'il était inutile d'informer l'intimée du traitement suivi avant le 19 avril 2011 et la survenance de son incapacité de travail. En effet, là encore, l'assureur-accidents peut prendre en charge les traitements médicaux administrés à l'assuré sans qu'un arrêt de travail soit nécessaire. La recourante aurait donc dû requérir la révision de son cas auprès de l'intimée dans le délai de 90 jours à compter du 10 janvier 2011 au plus tard, ce qui n'a pas été fait, la demande de révision étant intervenue le 20 mai 2011. Par conséquent, c'est à bon droit que l'intimée a refusé d'entrer en matière sur cette demande.

Compte tenu de ces éléments, la détermination du caractère nouveau des troubles psychiatriques énoncés dans le rapport du 10 janvier 2011 par le Dr I_____ et l'analyse d'un éventuel lien de causalité entre l'accident du 15 mai 2009 et ces troubles sont sans pertinence.

Quant à la révision matérielle prévue à l'art. 17 al. 2 LPGA et demandée par la recourante, elle ne lui est d'aucun secours en l'espèce, dans la mesure où aucune prestation durable ne lui avait été octroyée par l'intimée dans une décision entrée en force.

10. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours irrecevable en tant qu'il conclut à l'annulation de la décision de MUTUEL ASSURANCES SA de ne pas entrer en matière sur la reconsidération de sa décision informelle du 14 septembre 2009.
2. Déclare le recours recevable pour le surplus.

Au fond :

3. Le rejette.
4. Dit que la procédure est gratuite.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); 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

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

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