

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4942/2017

ATAS/361/2018

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

**Arrêt du 26 avril 2018**

**3<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à CAROUGE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Florian BAIER

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE  
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges  
assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Le 10 février 2014, Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née en 1961, originaire de Bosnie-Herzégovine, a déposé une demande auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) visant à l'octroi de mesures professionnelles ou d'une rente. Elle a indiqué être arrivée en Suisse le 23 juillet 1992 et avoir travaillé dès le 7 janvier 1999 à 100% comme manœuvre et femme de ménage. Elle était dans l'incapacité totale de travailler depuis le 22 septembre 2013 en raison d'une maladie thyroïdienne, d'un infarctus du myocarde, d'une fatigue intense d'origine indéterminée, de douleurs aux genoux et aux épaules, d'arthrose, d'un syndrome du tunnel carpien et d'une dépression.
2. Dans un rapport du 26 mars 2014, le docteur B\_\_\_\_\_ a confirmé un infarctus du myocarde le 22 septembre 2013 (subocclusion de l'artère interventriculaire antérieure [IVA] et sténose à 70-90%), des douleurs rétro-sternales et une fatigue d'origine indéterminée, un état anxio-dépressif, des douleurs aux épaules d'origine indéterminée et des gonalgies bilatérales.  
  
Il a indiqué que l'assurée avait séjourné aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) du 22 au 26 septembre 2013 pour la pose de deux stents, et à l'hôpital de la Tour, le 27 février 2014, pour la pose d'un troisième. Vu la persistance d'une lésion de l'artère coronaire droite en amont du stent, la lésion de l'artère interventriculaire antérieure (IVA) et la fatigue importante, il était difficile d'émettre un pronostic. L'assurée était incapable de reprendre son travail à l'usine comme travailleuse de force. La capacité à exercer l'activité habituelle était nulle depuis le 22 septembre 2013 et il n'existait aucune activité adaptée au handicap.
3. Dans un rapport d'évaluation du 28 avril 2014, la conseillère en réadaptation de l'OAI a précisé que l'assurée ne parlait pas bien le français et que son mari semblait le parler encore moins bien. Ses deux fils, âgés de 29 et 31 ans, avaient quitté le domicile familial. Le matin, l'assurée nettoyait les bureaux et les vitres, puis elle montait des ampoules et des emballages, ce qui impliquait rarement des activités lourdes.
4. Dans le cadre des mesures d'intervention précoce, par communications des 11 juillet 2014, 22 août 2014, 22 septembre 2014 et 27 octobre 2014, l'OAI a accepté de prendre en charge un reconditionnement auprès des Établissements publics pour l'intégration (EPI) du 28 juillet au 27 octobre 2014.
5. Dans un rapport du 20 octobre 2014, le docteur C\_\_\_\_\_, cardiologue FMH, a indiqué que, depuis la mise en place d'un stent en février 2014, les douleurs avaient diminué sans disparaître complètement. L'assurée se plaignait d'une fatigabilité importante et d'une dyspnée à l'effort, d'une sensation de rougeur au visage et se

disait incapable de travailler plus de trois heures par jour. Le médecin n'avait pas d'explication tout à fait claire concernant les symptômes. La capacité de travail était de 40%.

6. Le 4 novembre 2014, l'Hospice général (ci-après : l'HG) a informé l'OAI qu'il versait à l'assurée des prestations d'aide sociale depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2014.
7. Dans leur rapport de stage du 16 décembre 2014, les EPI ont précisé que le mandat donné par l'OAI avait pour but la mise en place d'un stage à 50% dans un poste s'exerçant essentiellement en position assise, léger et non stressant. Le taux de présence de l'assurée avait été très rapidement revu à la baisse, à deux heures par jour, en raison d'une grande fatigue et de multiples douleurs, puis augmenté progressivement pour atteindre un maximum de quatre heures par jour. Au vu de l'arrêt de la progression, l'OAI avait mis un terme à la mesure, le 27 octobre 2014.
8. Dans un rapport du 29 mai 2015, la doctoresse D\_\_\_\_\_, cardiologue FMH, a indiqué que l'état de santé de l'assurée était stationnaire depuis septembre 2013. L'assurée se plaignait d'une fatigue globale ayant une influence sur sa capacité de travail. Le pronostic était favorable, bien que la maladie coronarienne fût avancée. Il n'y avait pas de limitations fonctionnelles au niveau cardiovasculaire, mais l'assurée devait éviter le travail très physique et lourd. Sa plainte principale, la fatigue, n'était pas expliquée. Sur le plan cardiaque, la reprise du travail était envisageable. Il convenait de procéder à une évaluation auprès d'autres spécialistes (endocrinologue, neurologue) pour expliquer la fatigue et l'essoufflement au moindre effort.
9. Dans un rapport du 15 octobre 2015, le docteur E\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH, a expliqué que le diagnostic psychiatrique était difficile à poser car l'assurée ne présentait pas un tableau symptomatique clair qui permettrait de conclure à un trouble somatoforme indifférencié (F45.1). Même s'il n'était pas possible d'exclure une origine psychique à son état de fatigue chronique, la présence de facteurs organiques pouvait expliquer son état.

Il suivait l'assurée depuis le 18 décembre 2014. Lors des premières consultations, elle souffrait d'un épisode dépressif léger (F32.0) réactionnel à son état de santé. Cet épisode dépressif s'était rapidement amélioré, mais l'assurée avait continué à se plaindre de fatigue. L'activité habituelle n'était plus exigible à 100% et ce, probablement depuis septembre 2013, en raison des limitations en termes de résistance et de capacité de concentration. L'assurée devait pouvoir travailler doucement, à son rythme, durant de courtes périodes - trente à soixante minutes -, suivies de pauses durant lesquelles elle devait pouvoir s'allonger.

10. Par communication du 10 décembre 2015, l'OAI a indiqué à l'assurée qu'il entendait mettre en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire en psychiatrie, cardiologie et médecine interne. Il lui a transmis les questions qu'il envisageait de poser aux experts et lui a donné la possibilité de poser des questions complémentaires.

11. Dans un rapport du 25 août 2016 consécutif à son examen du 23 août 2016, la doctoresse F\_\_\_\_\_, neurologue FMH, a posé les diagnostics de fatigue physique chronique d'origine multifactorielle probable, mais sans composante neurologique périphérique ou centrale, surcharge pondérale, gonalgies bilatérales chroniques, lombalgies chroniques, hypothyroïdie substituée et hypovitaminose D substituée.

La dysthyroïdie s'était manifestée en 2000 par un état de fatigue. Sous substitution, ce dernier avait régressé, sans que l'assurée ne recouvrât son état antérieur. Toutefois, depuis 2000 jusqu'à la date de l'infarctus myocardique, l'assurée avait parfaitement fonctionné, cumulant son activité d'ouvrière à 100% et son activité ménagère. Depuis son problème cardiaque, elle se plaignait de fatigue d'intensité fluctuante d'un jour à l'autre. Cette fatigue était physique et non mentale. Elle allait crescendo en cours de journée.

Il n'y avait aucun argument, ni anamnestique, ni clinique de pathologie neuromusculaire ou d'atteinte centrale. La fatigabilité physique dont l'intéressée se plaignait était probablement d'origine multifactorielle.

12. Par courrier du 21 septembre 2016, l'assurée a indiqué que son état de santé était stationnaire. Elle se fatiguait rapidement après une heure d'effort et devait faire des pauses régulièrement dans la journée après un effort. Elle était toujours suivie par son cardiologue et par Monsieur G\_\_\_\_\_, psychologue et psychothérapeute. Elle n'avait pas repris d'activité professionnelle et percevait une aide de l'HG qui complétait le salaire variable de son époux.
13. Dans un rapport du 30 septembre 2016, le docteur H\_\_\_\_\_, pneumologue FMH, a posé le diagnostic supplémentaire de syndrome d'apnées obstructives du sommeil de degré sévère. La sévérité de l'atteinte, ainsi que les symptômes de fatigue et de somnolence rendaient un traitement nécessaire.
14. L'expertise a été pratiquée au Centre d'expertises médicales de la Polyclinique médicale universitaire à Lausanne (ci-après : PMU), plus particulièrement par la doctoresse I\_\_\_\_\_, du service de cardiologie de la PMU, le docteur J\_\_\_\_\_, psychiatre, et le docteur K\_\_\_\_\_, rhumatologue.

Dans leur rapport du 2 août 2017, les experts ont diagnostiqué une maladie coronarienne bitronculaire stable. Ils ont également mentionné, en précisant qu'ils étaient sans influence sur la capacité de travail : un trouble somatoforme indifférencié (F45.1), des lombalgies chroniques non spécifiques, des gonalgies bilatérales prédominant à droite avec gonarthrose bicompartimentale interne droite radiologique, une obésité et un syndrome d'apnées du sommeil appareillé.

Sur le plan rhumatologique, l'assurée signalait des douleurs aux niveaux des genoux (prédominant à droite), de la région lombaire basse, de la face palmaire des poignets et des deuxièmes métatarsiens.

A l'examen clinique, il existait des autolimitations lors de la mobilisation des genoux et du rachis cervical.

Sur le plan cardiologique, l'assurée se plaignait d'une asthénie marquée et constante, ainsi que de douleurs thoraciques latérales gauches hautes non oppressives et sans irradiation, survenant au moindre effort et disparaissant au repos. L'examen clinique était normal, sans insuffisance cardiaque. Le comportement était démonstratif avec des variations spontanées de la fréquence respiratoire. Le bilan effectué montrait une maladie coronarienne stable qui ne pouvait expliquer la symptomatologie douloureuse et il n'y avait pas d'étiologie cardiaque à la dyspnée rapportée.

Sur le plan psychiatrique, l'assurée se plaignait d'un moral fluctuant en fonction des douleurs physiques et d'une asthénie. A l'examen clinique, la thymie était très légèrement abaissée, sans autre élément clinique.

Les experts retenaient un diagnostic de trouble somatoforme indifférencié pour expliquer les douleurs thoraciques atypiques persistantes, les lombalgies, les douleurs des membres inférieurs, l'asthénie et la dyspnée sans étiologie organique prépondérante. S'agissant des nouveaux indicateurs permettant d'évaluer le retentissement du trouble somatoforme, l'assurée présentait une cardiopathie ischémique stable et un syndrome d'apnées du sommeil amélioré par le port de l'appareillage, sans comorbidité psychiatrique. L'assurée avait participé à des mesures de réentraînement à l'effort qui avaient pris fin en raison d'une manifestation clinique du trouble somatoforme. Il n'y avait pas de trouble de la personnalité ou d'autre pathologie psychiatrique qui pourrait diminuer les ressources adaptatives de l'assurée. Sur le plan social, l'intéressée signalait une nette diminution de son réseau amical et des contacts avec sa famille, mais pouvait s'appuyer sur son mari. L'assurée manifestait un comportement démonstratif (soupirs répétés avec des variations du rythme respiratoire au repos). Il n'existait pas de limitation uniforme des activités dans tous les domaines de la vie, l'assurée assumant son ménage, faisant régulièrement des promenades avec son mari et restant avec lui lorsqu'il jardinait. Par conséquent, elle possédait de bonnes ressources adaptatives avec peu de limitations fonctionnelles, de sorte que le trouble somatoforme ne pouvait être considéré comme incapacitant.

En conclusion, et après discussion interdisciplinaire, les experts ont retenu une incapacité de travail totale du 22 septembre 2013 au 27 mars 2014, justifiée par la pathologie coronarienne. A partir du 28 mars 2014, soit au plus tard un mois après la pose du dernier stent coronarien, l'assurée avait recouvré une pleine capacité à exercer son activité habituelle, dont les experts ont jugé qu'elle respectait les limitations fonctionnelles (possibilité régulière de s'asseoir, port de charges limité à 5 kg, absence de travaux lourds, pas de position accroupie, pas de levage de charges en partant de la position accroupie, pas de marche en terrain irrégulier, de montée ou descente répétée des escaliers, ou de station debout prolongée). Au moment de l'expertise, du fait d'une gonarthrose débutante, la capacité à exercer l'activité habituelle n'était plus que de 50%, mais de 100% dans une activité adaptée.

15. Le 5 octobre 2017, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui nier le droit à une rente d'invalidité et à des mesures de reclassement.

L'OAI lui reconnaissait un statut d'active, une incapacité de travail de 100% dans l'activité habituelle du 22 septembre 2013 au 27 mars 2014, de 0% du 28 mars 2014 au 5 juillet 2017 et de 50% dès le 6 juillet 2017. Il considérait en revanche que, dans un poste adapté, la capacité de travail était entière depuis le 28 mars 2014.

Comparant le revenu sans invalidité (CHF 54'522.- en 2014) avec le revenu d'invalidité (CHF 53'793.- établi sur une base statistique), il évaluait la perte de gain à CHF 729.-, ce qui correspondait à un degré d'invalidité de 1,34%.

16. Sur demande de l'assurée du 23 octobre 2017, l'OAI lui a transmis son dossier complet le lendemain.

17. Par courrier du 6 novembre 2017, l'assurée, représentée par un avocat, a demandé à l'OAI de lui accorder l'assistance juridique. Elle arguait que, vu la « nouvelle pratique » de la Cour consistant à ne pas prendre en compte les rapports médicaux ultérieurs à la décision de l'OAI, l'assistance d'un avocat lui était nécessaire avant qu'une décision ne fût rendue par l'OAI. La situation de fait était complexe, y compris sous l'angle médico-légal, puisque son dossier comportait plus de quatre cents pages. L'assurée, en arrêt de travail depuis son hospitalisation en 2013, dépendait de l'aide sociale sur le plan financier.

18. Par décision du 28 novembre 2017, l'OAI a refusé l'octroi de l'assistance juridique.

Selon lui, les chances de succès étaient manifestement très faibles, puisqu'il ressortait de l'expertise pluridisciplinaire de la PMU, qui avait pleine et entière valeur probante, que l'assurée avait recouvré une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée.

Pour le surplus, le dossier n'était pas particulièrement complexe, puisque seule la question de la capacité de travail se posait. L'assurée aurait pu produire seule ou avec l'aide des assistants sociaux de l'HG, d'éventuels certificats médicaux à l'appui de sa contestation.

En conclusion, les circonstances ne justifiaient nullement le recours exceptionnel à un avocat.

19. Par acte du 14 décembre 2017, l'assurée, par le biais de son mandataire, a interjeté recours contre cette décision en concluant à l'octroi de l'assistance juridique dès le 6 novembre 2017.

La recourante reprend les arguments développés dans sa demande du 6 novembre 2017 et relève qu'elle parle à peine le français. Elle argue qu'un examen approfondi du volumineux dossier de l'intimé est indispensable pour lui permettre de faire valoir, de manière claire et circonstanciée, l'ensemble des arguments médicaux

justifiant l'octroi d'une rente. Même aidée par un ami francophone, le volume de ce dossier implique à lui seul une complexité insurmontable sans l'aide d'un avocat.

20. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 8 janvier 2018, a conclu au rejet du recours.

Il se réfère aux motifs développés dans sa décision.

La nature du litige, consistant à déterminer s'il existe une capacité de travail dans une activité adaptée, ne permet selon lui pas d'admettre que la situation juridique de la recourante est susceptible d'être touchée gravement, de sorte que l'assistance juridique n'apparaît pas d'emblée nécessaire.

Par ailleurs, il n'y a pas de particularité procédurale ou juridique propre. Le nombre de pages du dossier ne saurait suffire à lui seul pour qualifier l'état de fait de complexe sur le plan médical ou juridique. Selon l'intimé, il n'existe pas de circonstances exceptionnelles rendant objectivement nécessaires l'assistance d'un avocat à ce stade de la procédure. La recourante aurait pu faire appel à ses médecins traitants et à son assistante sociale pour contester les conclusions des experts. D'un point de vue tant factuel, médical que juridique, la situation de la recourante ne présente aucune problématique spécifique qu'une association, un assistant social ou le représentant d'une institution sociale ne pourrait traiter à satisfaction.

21. Cette écriture transmise pour information à la recourante, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, 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 trente jours (art. 60 al. 1 LPGA et art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 89B LPA-GE).
4. Est litigieux le droit de la recourante à l'assistance juridique à partir du 6 novembre 2017, dans le cadre de la procédure d'audition faisant suite au projet du 5 octobre 2017 de refus de rente se basant sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire de la PMU.
5. Aux termes de l'art. 29 al. 3 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101), toute personne qui ne dispose pas de ressources suffisantes a droit, à moins que sa cause paraisse dépourvue de toute chance de succès, à l'assistance judiciaire gratuite. Elle a en outre droit à l'assistance gratuite d'un défenseur, dans la mesure où la sauvegarde de ses droits le requiert.

L'octroi de l'assistance juridique gratuite signifie que la personne indigente est dispensée de payer les avances de frais et les sûretés exigées par l'autorité et que les frais d'avocat sont couverts par l'Etat. La dispense concerne également les frais inhérents à l'administration des preuves, comme les indemnités de témoins, d'interprètes ou les expertises (Andreas AUER / Giorgio MALINVERNI / Michel HOTTELIER, Droit constitutionnel suisse, vol. II, 3e éd., 2013, n. 1619).

Dans la procédure administrative en matière d'assurances sociales, l'assistance gratuite d'un conseil juridique est accordée au demandeur lorsque les circonstances l'exigent (art. 37 al. 4 LPGA). La LPGA a ainsi introduit une prétention légale à l'assistance juridique pour ce type de procédure (ATF 131 V 153 consid. 3.1).

La réglementation cantonale a une teneur identique à la législation fédérale. Elle prévoit que l'assistance juridique est octroyée conformément aux prescriptions fédérales en matière de contentieux dans l'assurance-vieillesse et survivants, dans l'assurance-invalidité, dans les allocations perte de gain et dans les prestations complémentaires. Elle ne peut être accordée que si la démarche ne paraît pas vouée à l'échec, si la complexité de l'affaire l'exige et si l'intéressé est dans le besoin; ces conditions sont cumulatives (art. 27D al. 1 de la loi relative à l'office cantonal des assurances sociales du 20 septembre 2002 (LOCAS - J 4 18) et art. 19 al. 1 et 2 du ROCAS).

6. Les conditions d'octroi de l'assistance judiciaire gratuite sont en principe remplies si les conclusions ne paraissent pas vouées à l'échec, si le requérant est dans le besoin et si l'assistance d'un avocat est nécessaire ou du moins indiquée (ATF 125 V 201 consid. 4a; ATF 125 V 371 consid. 5b et les références).

Un procès est dénué de chances de succès lorsque les perspectives de le gagner sont notablement plus faibles que les risques de le perdre et qu'elles ne peuvent être considérées comme sérieuses, de sorte qu'une partie disposant des moyens nécessaires renoncerait, après mûre réflexion, à s'y engager en raison des frais auxquels elle s'exposerait. Le procès ne l'est en revanche pas lorsque les chances de

succès et les risques d'échec s'équilibrent à peu près ou que les perspectives de succès ne sont que légèrement inférieures (ATF 129 I 129 consid. 2.3.1; ATF 128 I 225 consid. 2.5.3 et la référence). Dans tous les cas, les chances de succès ne peuvent pas être déniées lorsque la démarche pose des questions complexes et que son issue apparaît incertaine (ATF 124 I 304 consid. 4b). L'autorité procédera à une appréciation anticipée et sommaire des preuves, sans toutefois instruire une sorte de procès à titre préjudiciel (ATF 124 I 304 consid. 2c).

Le point de savoir si l'assistance d'un avocat est nécessaire ou du moins indiquée doit être tranché d'après les circonstances concrètes objectives et subjectives. Pratiquement, il faut se demander pour chaque cas particulier si, dans des circonstances semblables et dans l'hypothèse où le requérant ne serait pas dans le besoin, l'assistance d'un avocat serait judicieuse, compte tenu du fait que l'intéressé n'a pas lui-même des connaissances juridiques suffisantes et que l'intérêt au prononcé d'un jugement justifierait la charge des frais qui en découlent (ATF 103 V 46 consid. b; ATF 98 V 115 consid. 3a; cf. aussi ATF 130 I 180 consid. 2.2 et les références).

Une partie est dans le besoin lorsque ses ressources ne lui permettent pas de supporter les frais de procédure et ses propres frais de défense sans entamer les moyens nécessaires à son entretien et à celui de sa famille (ATF 128 I 225 consid. 2.5.1 et ATF 127 I 202 consid. 3b). Les besoins vitaux selon les règles de procédure se situent au-dessus de ce qui est strictement nécessaire et excèdent le minimum vital admis en droit des poursuites (ATF 118 Ia 369 consid. 4). Pour que la notion d'indigence soit reconnue, il suffit que le demandeur ne dispose pas de moyens supérieurs aux besoins normaux d'une famille modeste (RAMA 1996 p. 208 consid. 2). Les circonstances économiques au moment de la décision sur la requête d'assistance judiciaire sont déterminantes (ATF 108 V 265 consid. 4).

Ces conditions d'octroi de l'assistance judiciaire sont applicables à l'octroi de l'assistance gratuite d'un conseil juridique dans la procédure d'opposition (Revue de l'avocat 2005 n. 3 p. 123), respectivement de décision.

7. Toutefois, dans la procédure non contentieuse d'instruction d'une demande de prestations de l'assurance sociale, il n'y a pas de droit à l'assistance juridique lorsque les prestations requises sont octroyées à l'issue d'une procédure normale d'instruction (RCC 1989 p. 344 consid. 5b). Par conséquent, le droit à l'assistance gratuite d'un avocat en procédure d'instruction n'entre en considération qu'à titre exceptionnel (Pratique VSI 2000 p. 166 consid. 2b). Aussi, les conditions d'octroi de l'assistance juridique dans la procédure administrative doivent être examinées au regard de critères plus sévères (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_297/2008 du 23 septembre 2008 consid. 3.3).

L'assistance par un avocat s'impose uniquement dans les cas exceptionnels où il est fait appel à un avocat parce que des questions de droit ou de fait difficiles rendent son assistance apparemment nécessaire et qu'une assistance par le représentant

d'une association, par un assistant social ou d'autres professionnels ou personnes de confiance d'institutions sociales n'entre pas en considération (ATF 132 V 200 consid. 4.1 et les arrêts cités). A cet égard, il y a lieu de tenir compte des circonstances du cas d'espèce, de la particularité des règles de procédure applicables, ainsi que des spécificités de la procédure administrative en cours. En particulier, il faut mentionner, en plus de la complexité des questions de droit et de l'état de fait, les circonstances qui tiennent à la personne concernée, comme sa capacité de s'orienter dans une procédure (Revue de l'avocat 2005 n. 3 p. 123). Dès lors, le fait que l'intéressé puisse bénéficier de l'assistance de représentants d'associations, d'assistants sociaux ou encore de spécialistes ou de personnes de confiance œuvrant au sein d'institutions sociales permet d'inférer que l'assistance d'un avocat n'est ni nécessaire ni indiquée (Revue de l'avocat 2005 n. 3 p. 123). En règle générale, l'assistance gratuite est nécessaire lorsque la procédure est susceptible d'affecter d'une manière particulièrement grave la situation juridique de l'intéressé (ATF 130 I 180 consid. 2.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_297/2008, op. cit., consid. 3.3).

8. a. Un litige sur le droit éventuel à une rente d'invalidité n'est pas susceptible d'affecter de manière particulièrement grave la situation juridique de l'intéressé; en revanche, il a une portée considérable (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 127/07 du 7 janvier 2008 consid. 5.2.1, I 319/05 du 14 août 2006 consid. 4.2.1 et I 75/04 du 7 septembre 2004 consid. 3.3 [résumé in: REAS 2004 p. 317]). La nécessité de l'assistance gratuite ne peut donc être admise d'emblée, mais n'existe que lorsque à la relative difficulté du cas s'ajoute la complexité de l'état de fait ou des questions de droit, à laquelle le requérant n'est pas apte à faire face seul (cf. ATF 130 I 180 consid. 2.2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_105/2007 du 13 novembre 2007 consid. 3.1).

b. En l'espèce, la recourante sollicite l'assistance juridique dans le cadre du projet de refus de prestations du 5 octobre 2017 faisant suite au rapport d'expertise médicale pluridisciplinaire (rhumatologique, cardiologique et psychiatrique) de la PMU daté du 2 août 2017. Elle conteste disposer d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

Au vu de la jurisprudence susmentionnée, la nature du litige concernant le droit à une rente d'invalidité ne permet pas d'admettre que la situation juridique de la recourante est susceptible d'être touchée gravement, de sorte que l'assistance juridique n'apparaît pas d'emblée nécessaire. Dès lors, il convient d'examiner si, concrètement, la détermination de la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée après expertise pluridisciplinaire et l'appréciation de la valeur probante de celle-ci posent des difficultés telles, d'un point de vue objectif, que le recours à un avocat se justifie.

En l'occurrence, il est indéniable que la recourante, originaire de Bosnie-Herzégovine, n'est pas en mesure de s'orienter seule dans la procédure en raison de

ses difficultés de compréhension du français et d'expression dans cette langue, de sorte qu'elle a besoin de l'aide d'un tiers.

Sur le plan médical se posent les questions des troubles et diagnostics incapacitants, ainsi que l'évaluation de la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée tenant compte de ses limitations fonctionnelles. A ce sujet, la recourante peut bénéficier de l'assistance de son médecin traitant le Dr B\_\_\_\_\_, de la Dresse D\_\_\_\_\_ pour l'aspect cardiologique et du Dr E\_\_\_\_\_ pour l'aspect psychique, afin de contester les conclusions de l'expertise et requérir des mesures d'instruction complémentaire sur le plan médical. Par conséquent, la question de l'évaluation de sa capacité de travail et des limitations fonctionnelles dans une activité adaptée peut être appréciée par ses divers médecins, sans avoir recours à l'aide d'un avocat.

L'argument selon lequel l'assistance d'un avocat serait nécessaire dans toute procédure en matière d'assurance-invalidité se basant sur des rapports médicaux ne peut être que rejeté. En effet, contrairement à ce qu'affirme la recourante, il n'existe aucune pratique consistant à ne pas prendre en compte les rapports médicaux postérieurs à la décision de l'OAI servant à établir la situation médicale antérieure à la date de ladite décision (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_537/2009 du 1<sup>er</sup> mars 2010 consid. 3.2).

Les références jurisprudentielles que cite la recourante ne concernent pas le cas de la première demande, mais celles de la nouvelle demande à la suite d'un refus de rente ou une procédure de révision, soit des situations tout à fait différentes de la présente procédure.

Sur le plan juridique, se pose la question de la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire retenant un diagnostic non incapacitant de trouble somatoforme indifférencié, respectivement de déterminer si des mesures d'instruction complémentaires sont nécessaires. Le Tribunal fédéral a jugé, dans un cas de trouble somatoforme douloureux, que l'état de fait et les questions de droit relatives notamment au caractère invalidant dudit trouble rendaient la cause particulièrement complexe (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 319/05 du 14 août 2006 consid. 4.2.2.). Quant à la Cour de céans, elle a jugé, à réitérées reprises, que la question du caractère invalidant des atteintes psychiques, des fibromyalgies ou des troubles somatoformes douloureux était particulièrement délicate et nécessitait l'intervention d'un avocat pour l'examen des critères spécifiques posés par la jurisprudence du Tribunal fédéral en la matière (cf. ATAS/942/2005 du 1<sup>er</sup> novembre 2005; ATAS/232/2006 du 9 mars 2006; ATAS/812/2006 et ATAS/817/2006 du 19 septembre 2006; ATAS/43/2007 du 18 janvier 2007; ATAS/255/2007 du 7 mars 2007; ATAS/824/2009 du 19 juin 2009; ATAS/1295/2012 du 29 octobre 2012 et ATAS/1002/2016 du 30 novembre 2016).

Il résulte de ce qui précède que la complexité des questions de droit nécessite une aide juridique déjà au stade de la procédure d'instruction de la demande de prestations, la recourante n'étant pas apte à y faire face seule ou avec l'aide d'un

assistant social ou de ses médecins seulement. En effet, ceux-ci ne disposent pas des connaissances juridiques nécessaires pour conseiller utilement un assuré invité à se déterminer, comme en l'espèce, sur les questions soumises à l'expert en relation avec le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié et pour vérifier que l'administration établit le degré d'invalidité en conformité avec la jurisprudence.

Cependant, les chances de succès de la recourante à ce stade de la procédure apparaissent ténues, dès lors que le rapport d'expertise de la PMU semble *prima facie* devoir se voir reconnaître pleine valeur probante et qu'aucune erreur évidente n'entache le calcul du degré d'invalidité.

Au surplus, les parties s'accordent sur l'indigence de la recourante.

Étant donné qu'au moins une des conditions cumulatives requises pour l'octroi de l'assistance juridique n'est pas réalisée, son refus doit être confirmé.

9. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

Selon l'art. 69 al. 1*bis* LAI, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI est soumise à des frais de justice. Toutefois, le litige ne portant pas sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI, il ne sera pas perçu d'émolument (art. 69 al. 1*bis* LAI *a contrario*). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 89H al. 1 LPA-GE).

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Dit qu'il n'est pas perçu d'émolument.
4. 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

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le