

GE_GERICHTE A/711/2020 vom 22. Dezember 2020

GE Cour de justice, 2020-12-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_711_2020

FR: GE_GERICHTE A/711/2020 du 22 décembre 2020

IT: GE_GERICHTE A/711/2020 del 22 dicembre 2020

Erwägungen

E. 5

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée _____, DOUVAINE, France, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Michael ANDERS recourante contre HELVETIA COMPAGNIE SUISSE D'ASSURANCES S.A., sise Dufourstrasse 40, St-GALL intimée EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1977, de nationalité française et domiciliée à Douvaine (France), a travaillé en qualité d'assistante technique et administrative auprès de B_____ S.A. dès le 5 janvier 2015, à Cologny (GE). À ce titre, elle était assurée contre le risque d'accidents, professionnels ou non, auprès de Helvetia compagnie suisse d'assurances S.A. (ci-après : l'assureur ou l'intimée). 2. Le 9 mars 2016, l'assurée a été victime d'un accident de la voie publique (AVP). Alors qu'elle était à l'arrêt sur la route C_____ à Genève, un véhicule, sortant en marche arrière d'un parking, a percuté le sien. En d'autres termes, l'arrière du véhicule circulant en marche arrière est venu percuter l'avant de celui de l'assurée. Selon le rapport de police, le pare-chocs a été légèrement endommagé. 3. Au moment du choc, l'assurée n'a pas ressenti de douleurs particulières. Ces dernières sont toutefois survenues par la suite. 4. L'assurée a consulté la doctoresse D_____, généraliste, le jour-même de l'accident. Ce médecin a posé le diagnostic d'une entorse cervicale, nécessitant le port d'une minerve, et de contusions dorsales et des genoux (cf. certificat du 9 mars 2016, rapport initial du 25 mars 2016 et rapport intermédiaire du 5 octobre 2016). Les vertèbres C5 à C7 et D3 à D7 étaient douloureuses à la palpation. Le traitement consistait en la prise d'AINS et en des séances de physiothérapie. L'atteinte était de type II selon la classification Quebec Task Force avec des douleurs de la nuque et des troubles ostéo-musculaires (y.c. baisse de mobilité et douleurs ponctuelles à la pression). Les radiographies avaient mis en évidence une rectitude du rachis simple (cf. questionnaire sur l'évolution après un traumatisme d'accélération crânio-cervical). 5. En raison de ces atteintes, l'assurée a été totalement incapable de travailler du 9 au 20 mars 2016. 6. Le 23 mars 2016, la Dre D_____ a prescrit quinze séances de rééducation du rachis et des membres supérieurs, séances qui se sont tenues du 5 avril au 3 juin 2016. 7. Suite à l'apparition de nouvelles douleurs hémifaciales gauches constantes, maxillaires et sous-mandibulaires, nettement soulagées par le port d'une minerve, une imagerie à résonance magnétique (ci-après : IRM) cervicale a été effectuée le 16 juin 2016 et a conclu à une perte de la lordose cervicale physiologique avec rectitude rachidienne, à une discrète perte étagée du signal liquidien des disques intervertébraux, en rapport avec une dessiccation de nature dégénérative ainsi qu'à des discrets pincements intersomatiques étagés C3-C4, C4-C5, C5-C6 et C6-C7. En revanche, ni hernie discale, ni conflit disco-radulaire ou encore anomalie osseuse n'ont été mis en évidence. 8. L'IRM cérébrale et du massif facial effectuée le 17 juin 2016 n'a pas décelé d'anomalie, hormis une discrète asymétrie du signal en regard du faisceau pyramidal gauche, aspécifique, à

recontrôler par prudence trois à six mois plus tard par une nouvelle IRM cérébrale. 9. En raison de ces douleurs, l'assurée a été incapable de travailler du 15 au 18 juin 2016. 10. Le 1^{er} juillet 2016, l'assurée a consulté la doctoresse E_____, généraliste FMH, laquelle a posé le diagnostic de contractures musculaires au niveau du muscle sterno-cléido-mastoïdien ainsi que du muscle trapèze et des muscles périscapulaires (rapport du 18 octobre 2016). 11. L'assurée a, à nouveau, été en incapacité d'exercer son activité professionnelle dès le 1^{er} juillet 2016. 12. Les 7 et 14 juillet 2016, l'assurée a été examinée par le docteur F_____, spécialiste FMH en rhumatologie, lequel a fait état de cervicalgies post-traumatiques suite à l'accident du 9 mars 2016, l'évolution étant marquée par la persistance d'une contracture paravertébrale. S'y ajoutait un état de stress avec surmenage professionnel. Il fallait s'attendre à des séquelles à long terme, soit la persistance de contractures cervicales (cf. les deux rapports intermédiaires du 20 août 2016). 13. Compte tenu de la présence d'une composante psychique, l'assurée a été adressée au docteur G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui l'a examinée pour la première fois le 19 juillet 2016. Les diagnostics étaient alors ceux de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) et burn-out, évoluant depuis l'accident du 9 mars 2016, les symptômes étant toutefois exacerbés depuis juin 2016. Les symptômes étaient en lien de causalité probable avec l'accident assuré (rapport du 28 juillet 2016). 14. En réponse au questionnaire « rechute », l'assurée a expliqué, en date du 26 juillet, qu'elle n'avait été victime d'aucun nouvel événement accidentel, que le traitement médical n'était pas terminé et qu'elle était encore en incapacité de travail totale. En annexe à ce questionnaire figurait un historique des consultations médicales. 15. Par courrier du 26 août 2016, l'employeur de l'assurée a résilié le contrat de travail de l'assurée pour le 31 octobre 2016. 16. Le 9 septembre 2016, l'assuré a fait valoir que toutes les consultations concernaient uniquement l'accident. L'assureur devait également prendre en charge les incapacités de travail ordonnées par le Dr G_____. 17. À teneur d'un très bref avis du docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de l'assurance, daté du 13 septembre 2016, le statu quo avait été atteint au moment de la rechute, sans autres précisions. 18. Le 15 septembre 2016, l'assurée a notamment fait valoir que depuis l'accident, ses douleurs ne s'étaient jamais estompées. 19. Le dossier de l'assurée a une nouvelle fois été soumis au Dr H_____. Selon son rapport établi sur dossier le 3 octobre 2016, l'accident n'était pas de gravité objective. Cela ressortait des pièces du dossier et était confirmé par l'incapacité de travail de douze jours pour troubles cervicaux. L'ensemble des troubles observés au mois de juin 2016, tant sur le plan somatique que sur le plan psychologique, ne pouvait être considéré comme étant en rapport de causalité avec l'accident assuré de manière hautement vraisemblable. S'agissant des troubles cervicaux consécutifs à l'accident, ils étaient guéris peu de temps après la reprise du travail. Le cas pouvait ainsi être clôturé pour fin mars 2016. 20. Par décision du 3 octobre 2016, l'assureur a refusé de fournir une quelconque prestation à compter du 15 juin 2016, seule la suite immédiate de l'accident étant à sa charge. 21. Le 5 octobre 2016, la Dresse D_____ a indiqué avoir vu l'assurée quatre fois en mars, deux fois en juin et une fois en septembre. Elle avait diagnostiqué des cervicalgies post-entorse cervicale (AVP le 9 mars 2016). L'assurée présentait une raideur musculaire et était algique. Le pronostic était bon. 22. Le 26 octobre 2016, l'assurée s'est opposée à la décision précitée, relevant notamment que les consultations et soins n'avaient jamais cessé depuis l'accident. Certes, il n'y avait pas de lien de causalité directe entre l'accident et les pathologies soignées par le Dr G_____. Cependant, il existait un lien entre les suites immédiates de l'accident (problèmes au dos, à

la nuque, aux cervicales, etc.) et l'important stress ressenti, dès lors qu'elle ne pouvait plus travailler correctement, n'étant même plus en mesure d'écrire. Elle avait d'ailleurs été licenciée étant donné qu'elle ne pouvait plus faire son travail tel que demandé. Sa fragilité psychologique avait peut-être contribué à la survenance du stress, mais cela ne constituait pas un motif valable pour refuser la prise en charge. 23. Un entretien avec une inspectrice des sinistres de l'assurance a eu lieu le 13 janvier 2017. Selon le rapport y consécutif, l'assurée souffrait toujours de douleurs aux cervicales. Elle ressentait une gêne et des douleurs lancinantes irradiant jusqu'aux trapèzes. Avant l'accident, elle n'avait jamais souffert des cervicales ou des lombaires et n'avait eu aucun problème orthopédique. Elle n'avait jamais été dépressive. Elle était toutefois fragile psychologiquement. En effet, elle avait eu une grossesse difficile en 2000 et avait été suivie par un psychologue ou un psychiatre pendant moins de trois mois. Il en allait de même suite au décès de son jeune frère en 2011. Elle avait consulté le Dr G_____ sur les conseils de son rhumatologue. En effet, en raison de l'accident et des douleurs y consécutives, elle était stressée car elle avait du mal à effectuer correctement son travail, ce d'autant plus qu'il y avait une surcharge de travail. 24. Par décision du 16 mars 2017, l'assurance-accidents a écarté l'opposition de l'assurée et a confirmé sa décision du 3 octobre 2016. 25. Le 14 avril 2017, l'assurée, non représentée, a interjeté recours contre cette décision. Selon elle, il était évident que le lien de causalité entre les traitements prodigués dès les 14-15 juin 2016 et l'accident était donné. L'assurée a notamment produit : - la feuille de soins de la Dresse D_____, du 15 juin 2016, à teneur de laquelle les soins dispensés le 15 juin 2016 l'avaient été en lien avec l'accident du 9 mars 2016 ; - une attestation de la Dresse D_____, datée du 5 avril 2017, selon laquelle l'assurée l'avait consultée le 23 mars 2016 en raison d'une entorse cervicale avec rectitude à la radiographie. Des séances de rééducation et le port d'une minerve avaient été prescrits pour trois mois. Devant l'augmentation des symptômes, elle avait à nouveau consulté le 15 juin 2016, raison pour laquelle une IRM cervicale avait été effectuée. Les douleurs ressenties de mars à août 2016 faisaient suite à l'accident du 9 mars 2016 ; - une attestation de Monsieur I_____, kinésithérapeute, du 6 avril 2017, dont il ressort que seule une très légère évolution positive avait été obtenue. L'assurée devait être manipulée avec beaucoup de précautions compte tenu de son hyperalgie cervicale, et ce jusqu'à la fin des séances. Chaque moyen utilisé pour réduire la douleur, tel que les massages, infrarouges, électrothérapie, n'avait donné que peu de résultats. 26. Le 12 août 2017, l'assurée a produit trois factures établies par M. I_____, dont il ressort que des séances de kinésithérapie avaient eu lieu les 5, 7, 13, 15, 27 et 29 avril, 4, 11, 13, 18, 20, 25 et 27 mai, 1^{er} et 3 juin 2016. 27. Par arrêt du 12 juin 2018, la chambre de céans a admis partiellement le recours, annulé la décision sur opposition du 16 mars 2017 et renvoyé la cause à l'assureur pour instruction complémentaire au sens des considérants (ATAS/513/2018). La chambre de céans a estimé notamment que le dossier ne contenait aucun rapport circonstancié et probant permettant de trancher la question du lien de causalité entre les troubles présentés par l'assurée dès le 15 juin 2016 et l'accident. On ne pouvait pas non plus déterminer si des troubles psychiques étaient devenus prédominants, et le cas échéant, à quelle date. 28. Le 20 septembre 2018, le Tribunal fédéral a déclaré irrecevable le recours de l'assureur (8C_502/2018). 29. Dès le 2 novembre 2018, les parties ont tenté de trouver un accord (courrier du 2 novembre 2018 de l'assurée et courriers des 6 et 21 décembre 2018 de l'intimée). 30. Le 2 janvier 2019, l'assurée a requis de l'assureur la mise en oeuvre d'une instruction complémentaire, étant précisé que les atteintes à la santé consécutives à l'accident n'avaient cessé qu'à fin juin 2017. 31. Par courrier non

daté, Maître Michael ANDERS s'est annoncé en tant que conseil de l'assurée et a demandé à ce que l'assureur donne suite à l'arrêt de la chambre de céans. 32. Le 15 avril 2019, l'assureur a indiqué qu'il entendait mettre en oeuvre une expertise. 33. Le 4 juin 2019, l'assurée a sollicité l'assistance juridique auprès du pouvoir judiciaire. 34. Par courrier du 17 juillet 2019, le greffe de l'assistance juridique du pouvoir judiciaire a répondu qu'il appartenait à l'assureur de se prononcer sur sa requête d'assistance juridique. 35. Le 30 juillet 2019, l'assureur a transmis à l'assurée un projet d'expertise et le nom de trois établissements, en lui octroyant un délai pour faire valoir ses observations. 36. Par courriel du 15 août 2019 à l'assureur, l'assurée a sollicité l'octroi de l'assistance juridique gratuite. 37. Le 29 août 2019, l'assurée a fait part de ses observations quant au projet d'expertise, rappelant que l'expert devait se prononcer sur le lien de causalité naturelle entre les troubles et l'accident, sur le moment de la cessation desdits troubles et si des troubles psychiques étaient devenus prédominants, et si oui, à partir de quand. Enfin, elle a requis une réponse concernant sa demande d'assistance juridique. 38. Le 30 août 2019, l'assureur a sollicité que la requête d'assistance juridique de l'assurée soit justifiée et complétée. 39. Le 16 septembre 2019, le conseil de l'assurée a indiqué que l'assistance juridique se justifiait par la complexité juridique et technique croissante du dossier, apparue ensuite à l'arrêt de la chambre de céans du 12 juin 2018. Il soulignait également le besoin d'insister pour qu'une expertise soit mise en oeuvre et il avait dû se déterminer sur la mission d'expertise. Ultérieurement, il devrait lire le rapport et se déterminer sur la décision, voire la contester. Enfin, s'agissant de la situation financière de sa mandante, il joignait copie de la décision du 29 août 2019 de l'assistance juridique du pouvoir judiciaire l'admettant au bénéfice de l'assistance juridique dès le 4 juin 2019 dans le cadre des démarches avec Zurich Compagnie d'Assurances SA, assureur responsabilité civile dans le cadre de l'accident. 40. Le 3 octobre 2019, l'assureur a requis une copie du courrier du 29 août 2019 de l'assurée. 41. Le 28 octobre 2019, l'assureur a indiqué qu'il donnerait suite à la demande d'assistance juridique gratuite à une date ultérieure. 42. Le 13 décembre 2019, l'assurée a demandé qu'une suite soit donnée à l'instruction médicale, sous menace d'une nouvelle saisine de la chambre de céans pour déni de justice. 43. Le 20 décembre 2019, l'assureur a informé l'assurée avoir pris contact avec le Centre d'expertise médicale (CEMed) pour la mise en oeuvre d'une expertise tri-disciplinaire (orthopédique, neurologique et psychiatrique). 44. Le 16 janvier 2020, le CEMed a convoqué l'assurée pour les 17, 18 et 24 février 2020. 45. Par décision du 24 janvier 2020, l'assureur a refusé la demande d'assistance juridique gratuite, étant donné que la nécessité d'une assistance n'était pas démontrée : l'instruction du dossier suivait normalement son cours et le CEMed était désormais chargé de mettre sur pied une expertise pluridisciplinaire. Partant, il n'était pas nécessaire d'examiner les autres conditions cumulatives du droit à l'assistance juridique gratuite (indigence et chances de succès), étant donné que celle de la nécessité d'une assistance gratuite n'était pas remplie. 46. Par décision du 30 janvier 2020, le Tribunal de première instance a mis l'assurée au bénéfice de l'assistance judiciaire dès le 29 janvier 2020. 47. En raison d'un problème de santé, l'assurée a annulé les examens prévus auprès du CEMed. 48. Par acte du 25 février 2020, l'assurée, représentée par son conseil, a interjeté recours contre la décision de l'assureur, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation, et à l'octroi de l'assistance juridique dès le 6 mars 2019. Selon la jurisprudence, l'état de fait était complexe sur le plan médical, notamment lorsqu'une précédente autorité avait dû renvoyer le dossier pour instruction complémentaire. En l'occurrence, les points litigieux portaient notamment sur la causalité entre les séquelles et

l'accident. Il était clair que les faits soulevaient des questions complexes. Par ailleurs, la situation juridique nécessitait l'action d'un avocat, d'autant plus que deux procédures judiciaires avaient déjà dû être menées. S'adresser à un assistant social aurait été inutile, tant par la complexité des questions de droit soulevées que par les frais supplémentaires que cela aurait engendré. 49. Par réponse du 12 juin 2020, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a rappelé que suite à l'arrêt du 12 juin 2018 de la chambre de céans, et avant la constitution du mandat du conseil de la recourante, les parties avaient tenté de trouver un accord, mais sans succès. L'intimée avait adressé une convocation à l'expertise prévue en février 2020 au CEMed. Suite à l'annulation des examens prévus, une nouvelle convocation avait été adressée pour le mois de mai 2020. En l'occurrence, le dossier avait été renvoyé à l'intimée pour mise sur pied d'une expertise et la recourante ne montrait pas en quoi il y aurait dans sa situation des circonstances exceptionnelles qui justifieraient l'octroi de l'assistance juridique gratuite. Elle ne démontrait pas en quoi les questions de droit ou de fait qui se posaient seraient si difficiles ou complexes que l'assistance d'un avocat devenait nécessaire et pourquoi la recourante ne pouvait pas être aidée par des tiers. L'intimée ne voyait pas non plus l'existence de circonstances exceptionnelles et en quoi la recourante n'aurait pas la capacité à se retrouver dans ce processus absolument classique de la procédure. Le dossier suivait son cours normal, avec la mise sur pied d'une expertise pluridisciplinaire, puis l'attente des conclusions du rapport du CEMed et la détermination de la suite à donner au dossier sur la base dudit rapport. La condition du caractère exceptionnel n'était par conséquent pas remplie. 50. Par réplique du 31 juillet 2020, la recourante a relevé que l'expertise que l'intimée devait diligenter ensuite de l'arrêt de la chambre de céans du 12 juin 2018, n'avait été initiée qu'en février 2020, soit un an et huit mois plus tard, ensuite des relances écrites de son conseil. Par ailleurs, il ne s'agissait pas d'un « processus absolument classique de la procédure » comme le prétendait l'intimée, mais d'une situation complexe, tant factuelle (expertise pluridisciplinaire) que juridique (examen de la mission d'expertise, réception et analyse du rapport, exercice du droit d'être entendu, examen de la future décision après expertise). Il s'agissait d'opérations nécessitant des connaissances en droit et une expérience pratique en matière médico-asséculo-logique, si bien que l'assistance par un avocat était nécessaire et justifiée. 51. Par duplique du 25 août 2020, l'intimée a persisté dans ses conclusions. 52. Sur ce, 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 - 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-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Les décisions qui accordent ou refusent l'assistance gratuite d'un conseil juridique (art. 37 al. 4 LPGA) sont des décisions d'ordonnancement de la procédure au sens de l'art. 52 al. 1 LPGA (ATF 131 V 153 consid. 1), de sorte qu'elles sont directement attaquables par la voie du recours devant les tribunaux des assurances institués par les cantons (art. 56 al. 1 et 57 LPGA). La compétence de la chambre de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. À 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. 3. Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017

consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016. 4. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). 5. Est litigieux le droit de la recourante à l'assistance juridique gratuite dans le cadre de la procédure d'instruction complémentaire faisant suite à l'arrêt de renvoi de la chambre de céans du 12 juin 2018 (ATAS/513/2018), confirmé le 20 septembre 2018 par le Tribunal fédéral (8C_502/2018). 6. 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'État. 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 règlement d'exécution de la loi relative à l'office cantonal des assurances sociales du 23 mars 2005 [ROCAS - J 4 18.01]). 7. 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. 8. a. 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 (arrêts du Tribunal fédéral 9C_440/2018 du 22 octobre 2018 consid. 5 et 8C_297/2008 du 23 septembre 2008 consid. 3.3). b. 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). À 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 oeuvrant 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 du 23 septembre 2008 consid. 3.3). c. 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).

9. a. En l'espèce, la recourante sollicite l'assistance juridique gratuite dans le cadre de l'instruction complémentaire menée par l'intimée suite à l'arrêt de renvoi de la chambre de céans du 12 juin 2018 (ATAS/513/2018). b. Le litige porte sur la prise en charge éventuelle par l'intimée, pour la période courant dès le 15 juin 2016, des frais de traitements et des indemnités journalières, soit des prestations en espèces de durée limitée dans le temps. Au vu de la jurisprudence susmentionnée, si le droit éventuel à une rente d'invalidité n'est pas susceptible d'affecter de manière particulièrement grave la situation juridique d'un assuré, il est difficilement concevable qu'il en aille différemment pour l'octroi éventuel d'indemnités journalières et de frais de traitements, de sorte que l'assistance juridique n'apparaît pas d'emblée comme nécessaire. En revanche, ledit litige a une portée importante pour la recourante. Aussi, il convient d'examiner si, concrètement, le droit éventuel à ces prestations, d'un point de vue objectif, pose des difficultés telles que le recours à un avocat se justifie. c. La recourante, qui travaillait en tant qu'assistante technique et administrative lorsqu'est survenu l'accident assuré, parle et écrit couramment le français. Elle ne nécessite manifestement pas l'aide d'un tiers pour s'orienter dans la procédure, comme l'attestent notamment ses courriers des 9 et 15 septembre 2016 (pièces C-16 et C-21 dossier de l'intimée), son opposition du 26 octobre 2016 (pièce C-28 dossier de l'intimée), ses courriels du 7 février 2017 à l'intimée (pièces C-37 dossier de l'intimée), ainsi que ses écritures adressées dès le 14 avril 2017 à la chambre de céans dans le cadre de la procédure ayant mené à l'arrêt de renvoi du 12 juin 2018 (pièces C-46 et C-56 dossier de l'intimée). Au demeurant, la recourante ne le conteste pas. Par ailleurs, à ce stade de la procédure, l'instruction complémentaire porte, au plan médical, sur la question d'un éventuel lien de causalité naturelle entre l'accident survenu le 9 mars 2016 et les troubles ressentis par la recourante à compter du 15 juin 2016 et si ses atteintes psychiques sont devenues prédominantes. On rappellera que la recourante a été victime d'un accident de la voie publique. Alors qu'elle était à l'arrêt, un véhicule, sortant en marche arrière d'un parking, a percuté l'avant de celui de la recourante. Le pare-chocs a été légèrement endommagé (rapport de police du 4 avril 2016). La recourante a consulté la Dresse D_____ le jour-même, qui a diagnostiqué une entorse cervicale, nécessitant le port d'une minerve, et des contusions dorsales et des genoux. Le traitement a consisté en la prise d'AINS, en des séances de physiothérapie, et la recourante a été en incapacité de travail totale du 9 au 20 mars 2016. En raison de douleurs hémifaciales gauches constantes, maxillaires et sous-mandibulaires, une IRM cervicale et une IRM cérébrale ont été effectuées les 16 et 17 juin 2016, constatant notamment la perte de la lordose cervicale physiologique avec rectitude rachidienne, de discrets pincements intersomatiques étagés du rachis cervical et une discrète asymétrie de signal en regard du faisceau pyramidal gauche, aspécifique. La recourante a été en incapacité de travail totale du 15 au 18 juin 2016, puis à nouveau dès le 1^{er} juillet 2016, date à laquelle elle a consulté la Dresse E_____, médecin généraliste, qui a diagnostiqué des contractures musculaires au niveau du sterno-cléido-mastoïdien, du trapèze et des périscapulaires (rapport du 18 octobre 2016). Les 7 et 14 juillet 2016, le Dr F_____, rhumatologue, a constaté des cervicalgies post-traumatiques, avec la persistance d'une contracture cervicale, et un état de stress avec surmenage professionnel (rapports du 20 août 2016). Le 19 juillet 2016, la recourante a consulté pour la première fois le Dr G_____, psychiatre et psychothérapeute, qui a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, et un burn-out, évoluant depuis l'accident du 9 mars 2016 ;

les symptômes étaient en lien de causalité probable avec l'accident assuré (rapport du 28 juillet 2016). Enfin, selon la Dresse D_____, les douleurs ressenties de mars à août 2016 faisaient suite à l'accident assuré (attestation du 5 avril 2017). Quant au Dr H_____, chirurgien orthopédique et médecin-conseil de l'intimée, il a estimé que l'accident ne présentait pas un degré de gravité objective et que l'ensemble des troubles observés au mois de juin 2016, sur le plan somatique et psychologique, ne pouvait être considérés comme étant en lien de causalité avec l'accident, de manière hautement vraisemblable. Les troubles cervicaux consécutifs à l'accident avaient guéri peu de temps après la reprise du travail et le cas pouvait être clôturé pour la fin du mois de mars 2016 (rapport du 3 octobre 2016). Dans le cadre de la procédure de recours précédente, la chambre de céans a jugé qu'aucun rapport médical circonstancié et probant ne permettait de trancher la question du lien de causalité naturelle entre les atteintes présentes dès le 15 juin 2016 et l'accident assuré, ni de déterminer si les troubles psychiques étaient devenus prédominants, de sorte que l'intimée devait mettre en oeuvre une instruction complémentaire sur ces éléments de faits (ATAS/513/2018 du 12 juin 2018). La chambre de céans relèvera que l'appréciation de la causalité naturelle en matière d'accidents de la voie publique et de symptômes au rachis ainsi que de troubles psychiques peut, certes, parfois se révéler difficile. Toutefois, la situation de la recourante, au plan médical, n'était pas suffisamment complexe pour nécessiter l'assistance d'un avocat. En effet, au plan somatique, les constats médicaux se limitaient, à compter du 1^{er} juillet 2016, à des cervicalgies et à des contractures musculaires et cervicales (cf. rapports du F_____ des 20 août 2016) et, au plan psychique, à un trouble dépressif et à un burn-out (rapport du Dr G_____ du 28 juillet 2016). Qui plus est, aucun des diagnostics posés par les médecins de la recourante n'a été contesté par l'intimée. De surcroît, dès lors que les atteintes litigieuses ont guéri en juin 2017, selon les propres explications de la recourante (cf. son courrier du 2 janvier 2019 à l'intimée), l'instruction médicale se limitait, le cas échéant, à examiner les traitements prodigués, et à déterminer les répercussions des troubles sur sa capacité de travail ; la question d'une invalidité n'entrant pas en ligne de compte. Ainsi, la situation de la recourante ne se distinguait ni par une intrication complexe de problèmes médicaux, ni par des difficultés telles que le recours à un avocat eut été nécessaire à ce stade de la procédure, soit avant la notification d'une nouvelle décision. Les médecins de la recourante étaient en mesure de lui apporter les éléments nécessaires à l'examen de la causalité naturelle de ses troubles et à l'appréciation des traitements prodigués et des répercussions sur sa capacité de travail, en fournissant tous les rapports médicaux utiles et nécessaires et en requérant, le cas échéant, des mesures d'instruction complémentaire sur le plan médical. Ainsi, contrairement à ce qu'avance la recourante en se référant à l' ATAS/417/2019 , le simple renvoi d'une cause à l'administration pour mise en oeuvre d'une instruction complémentaire n'est pas un élément suffisant pour retenir l'existence d'une situation médicale ou de fait très complexe. En effet, il est nécessaire d'examiner les circonstances et les particularités concrètes du cas d'espèce (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_786/2017 du 21 février 2018 consid. 4.2). Quant à la suite de la procédure, qui consistait à soulever éventuellement des objections à l'égard des conclusions de l'expertise, et à déterminer le droit éventuel de la recourante à des indemnités journalières et à la prise en charge des frais de traitements, au sens des art. 10 et 16 LAA, elle n'exigeait pas non plus l'assistance d'un avocat. En effet, ces prestations n'impliquent pas de problématiques de droit complexes, susceptibles de rendre nécessaire l'intervention d'un mandataire professionnel. On relèvera d'ailleurs, à cet égard, que la recourante ne met pas en évidence l'existence d'une question juridique particulièrement

difficile. En outre, le fait qu'une prise de position sur une expertise requiert souvent certaines connaissances médicales et juridiques pour reconnaître ses points faibles et ses éventuelles répercussions, ne suffit pas pour justifier la nécessité d'un avocat (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_436/2017 du 14 décembre 2017 consid. 3.5). On relèvera en outre que la chambre de céans a certes déjà eu l'occasion de dire que la mise en oeuvre d'une expertise administrative, peut, au vu des circonstances particulières du cas, rendre nécessaire l'intervention d'un mandataire professionnel. On ne saurait toutefois en déduire que la nécessité du recours à un avocat doit être admise du seul fait qu'une expertise administrative est mise en oeuvre. Il faut bien plutôt qu'à cela s'ajoutent d'autres circonstances, qui ne permettent pas de qualifier la cause de simple, tel qu'un état de fait et des questions juridiques particulièrement complexes (à titre d'exemple, cf. ATAS/534/2020 du 29 juin 2020). La recourante, en se référant à un arrêt du Tribunal fédéral du 25 mars 2010 (9C_668/2009), fait également valoir que l'appel à un assistant social en lieu et place de son mandataire engendrerait une perte de temps et entraînerait des frais supplémentaires inutiles, notamment liés à la prise de connaissance du dossier. On relèvera que dans l'arrêt auquel se réfère la recourante, le Tribunal fédéral a considéré qu'au regard de la complexité en fait et en droit de la situation (évaluation de l'invalidité d'une personne souffrant d'addiction), la collaboration active de l'assuré présupposait des connaissances juridiques que l'intéressé n'avait à l'évidence pas et qu'il n'était probablement pas en mesure d'acquérir par ses propres moyens. Dans ce contexte particulier, l'assistance d'un conseiller juridique apparaissait par conséquent objectivement nécessaire. À titre subsidiaire, le Tribunal fédéral a ajouté qu'au vu de la longueur de la procédure déjà écoulée, il n'apparaissait pas critiquable de désigner le mandataire de l'assuré comme défenseur d'office (consid. 4.2). À cet égard, comme l'a précisé récemment notre Haute Cour dans un arrêt du 21 janvier 2020 (9C_577/2019), celle-ci n'a pas admis de manière générale que lorsqu'un avocat est intervenu précédemment en faveur d'un assuré pour une demande de prestations auprès de la même assurance, l'octroi de l'assistance juridique gratuite se justifie au vu de la perte de temps et des frais supplémentaires inutiles qu'entraînerait le recours à un assistant social. Suivre un tel raisonnement reviendrait en effet à admettre le droit à l'assistance juridique gratuite dans une procédure administrative du seul fait que dans une procédure précédente l'assuré avait déjà été représenté par un avocat (consid. 6.5). En l'occurrence, les circonstances du cas d'espèce ne sont pas comparables à celles ayant conduit à l'arrêt du Tribunal fédéral du 25 mars 2010, compte tenu déjà de l'absence de complexité en fait et en droit de la situation de la recourante. Au demeurant, si la recourante indique effectivement dans son recours que deux procédures judiciaires ont déjà dû être menées à l'encontre de l'intimée, force est toutefois de relever que son conseil n'est pas intervenu en sa faveur dans les procédures précitées. Enfin, si plus de douze mois se sont certes écoulés entre l'arrêt de renvoi de la chambre de céans du 12 juin 2018 à l'intimée pour instruction complémentaire et le début de la mise en oeuvre de l'expertise par l'intimée, le 30 juillet 2019, il n'en demeure pas moins, que le Tribunal fédéral a, entretemps, rendu un arrêt le 20 septembre 2018, et que les parties ont ensuite tenté de trouver un accord (cf. courriers des 2 novembre, 6 et 21 décembre 2018). En définitive, la recourante ne démontre pas en quoi son cas présenterait des circonstances exceptionnelles au point d'exiger l'assistance d'un avocat au stade de la procédure administrative. Au demeurant, si la recourante souhaitait tout de même obtenir une aide juridique, elle aurait pu contacter le Centre social protestant, ou Caritas, qui disposent de juristes. À cet égard, on rappellera que le fait qu'un assuré puisse bénéficier de l'assistance de représentants d'association, d'assistants sociaux ou encore de

spécialistes permet d'inférer que l'assistance d'un avocat n'est ni nécessaire, ni indiquée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_786/2017 du 21 février 2018 consid. 4.2). Eu égard à ces considérations, la condition de la nécessité d'une assistance par un avocat n'est donc pas réalisée, de sorte qu'il est inutile de vérifier si les autres conditions - cumulatives - sont remplies. 10. Le recours, manifestement infondé, est rejeté. 11. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA et 89H al. 1 LPA). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.