

S3 22 23

S3 22 24

JUGEMENT DU 23 MAI 2023

**Tribunal cantonal du Valais
Cour des assurances sociales**

Composition : Candido Prada, président ; Thomas Brunner et Christophe Joris, juges ;
Mireille Allegro, greffière

en la cause

X _____, recourant, représenté par Maître Sabrina Burgat, avocate, 2001
Neuchâtel 1

contre

SWICA ASSURANCES SA, 8401 Winterthur, intimée

(plainte pour déni de justice et demande d'indemnité pour tort moral)

Faits

A. X _____, né le 26 janvier 1972, travaillait comme directeur de projet pour A _____ SA, à B _____, et, à ce titre, était assuré contre les accidents auprès de Swica Assurances SA (ci-après : Swica). Alors qu'il se trouvait à C _____, il a été victime, le 6 juillet 2011, d'un accident de vélo avec amnésie circonstancielle complète, se soldant par un traumatisme crânio-cérébral (TCC) avec fracture fronto-temporo-pariétale, une fracture-luxation multifragmentaire de l'humérus gauche et un pneumomédiastin (pièce 1). Il a été rapatrié en Suisse le 29 juillet 2011 et hospitalisé aux D _____ (pièce 27). Le cas a été pris en charge par Swica (pièce 4).

Les incapacités de travail suivantes ont été prescrites : 100% du 6 juillet au 30 septembre 2011, 50% du 1^{er} octobre au 6 novembre 2011, 40% du 7 novembre 2011 au 22 janvier 2012, 20% du 23 janvier au 27 mai 2012, puis à nouveau 100% dès le 28 mai 2012 (pièces 83, 84 et 101 à 104).

A la demande de Swica, une expertise pluridisciplinaire a été diligentée auprès de la E _____ (pièce 121). Dans leur rapport du 7 février 2013 (pièce 160), les experts n'ont retenu aucune limitation sur le plan somatique. Sur le plan cognitif, ils ont estimé qu'il y avait lieu de tenir compte de difficultés de planification, de légères inadéquations comportementales et d'une certaine fatigabilité, qui pourraient entraîner une diminution du rendement de 10% sur le long terme.

Le 30 janvier 2013 (pièce 159), l'assuré a signalé à Swica qu'il avait retrouvé un emploi de directeur général auprès d'une entreprise de production pharmaceutique, F _____ SA, à G _____, dès le 25 février 2013. Selon le rapport du 28 janvier 2013 de la Dresse H _____, spécialiste FMH en neurologie (pièce 184), l'évolution se poursuivait de manière favorable avec une amélioration de la nosognosie et de la gestion du stress tant dans le domaine privé que professionnel, mais qu'il persistait une certaine fatigabilité physique nécessitant une sieste quotidienne.

En date du 7 mars 2013, Swica a transmis à l'assuré le rapport d'expertise établi par la E _____ et lui a indiqué qu'elle n'allouerait pas de prestations pour les problèmes à la cheville droite et au canal carpien, qui n'étaient pas en lien avec l'accident, mais qu'elle continuerait à prendre en charge le traitement des troubles neuropsychologiques en phase de rémission. Elle a demandé à être mise au courant de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse (AMO) au niveau de l'humérus gauche. Enfin, s'agissant de l'épisode dépressif, réaction à un facteur de stress sévère, elle a relevé que l'expert avait estimé

que le *statu quo ante* était rétabli au jour de l'expertise et que les troubles psychiques qui allaient au-delà pouvaient être considérés comme étant d'ordre privé et personnel, de sorte qu'elle entendait mettre fin aux prestations en lien avec cette atteinte au 6 novembre 2012 (recte : 7 février 2013, date du rapport d'expertise ; pièce 164).

Elle a confirmé sa position par décision formelle du 31 mai 2013 (pièce 169).

B. Le 18 juin 2013, l'intéressé a contacté Swica pour l'informer qu'il allait prochainement procéder à l'AMO et qu'il avait débuter sa nouvelle activité de directeur le 23 avril 2013 (pièce 177). Dans un rapport du même jour (pièce 180), la Dresse H _____ a indiqué que l'assuré avait repris un poste à responsabilité, nécessitant de nombreux trajets, ce qui était générateur d'un stress intense et de fatigue, avec risque de récurrence. Finalement, l'assuré a dû reprendre un traitement antidépresseur dès le 1^{er} septembre 2013 en raison d'un état d'épuisement dû au fait qu'il n'avait pas les capacités à mettre en place toutes les stratégies nécessaires à prévenir les situation limites ni à anticiper ses difficultés (pièces 207 et 209). A la fin mars 2014, son employeur lui a signifié la résiliation de son contrat de travail (pièce 240).

Le 3 avril 2014, l'assuré a informé Swica qu'il allait être hospitalisé dès le 7 avril 2014 à la I _____ (pièces 225 et 226). Swica a refusé de prendre en charge le coût de cette hospitalisation dès lors qu'il s'agissait d'une aggravation due à une situation professionnelle, ce que l'assuré a contesté estimant qu'il s'agissait bien des suites de son accident (pièces 222 et 229).

Par courrier du 20 mai 2014, M^e Sabrina Burgat a informé Swica qu'elle représentait dorénavant les intérêts de l'assuré, dont elle souhaitait obtenir le dossier complet (pièce 233).

Le 17 juin 2014, l'employeur a annoncé à Swica une rechute dès le 7 avril 2014 (pièce 240).

Par courrier du 24 juin 2014, Swica a transmis à M^e Burgat une copie du dossier de l'assuré et lui a indiqué qu'elle était en train d'examiner le droit aux prestations de l'assuré pour les troubles présentés dès le mois d'avril 2014 (pièce 241).

Par courrier du 18 mars 2015, M^e Burgat a demandé à Swica de bien vouloir prendre position sur la prise en charge des indemnités journalières, dès lors que l'assurance indemnité journalière maladie J _____ avait décidé de suspendre ses versements (pièces 265, 261 et 263).

Après avoir eu un entretien téléphonique avec l'assuré, Swica a contacté son avocate, le 19 mai 2015, pour l'informer qu'une expertise allait être mise en œuvre (pièce 268). Par courrier du 22 mai 2015, elle lui a confirmé qu'un mandat serait confié à la E _____, sans avis contraire de sa part jusqu'au 5 juin 2015 (pièce 270). L'assuré a été convoqué aux examens les 26 et 27 août 2015 ainsi que le 28 septembre 2015 (pièce 278). Dans leur rapport du 20 janvier 2016 (pièce 290), les experts ont retenu les diagnostics en lien de causalité avec l'accident suivants : TCC grave de grade V et épilepsie (p. 39), fracture-luxation multi-fragmentaire pertuberculaire (p. 77) et déficit exécutif léger avec discrètes difficultés d'inhibition et de planification (p. 106). Ils ont également diagnostiqué un trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée, sans lien avec l'accident, qui avait causé une incapacité de travail entre le 1^{er} avril 2014 et le 5 décembre 2014 (p. 131). Ils ont noté que le TCC et l'épilepsie étaient en état stable, mais que l'expression du TCC se retrouvaient avec des séquelles, à savoir un léger déficit exécutif et une discrète rigidité au niveau comportemental. Ils ont estimé que dans un poste de travail non subordonné et à haute responsabilité, la capacité de travail de l'assuré était entière depuis décembre 2012, hormis du 14 au 27 février 2014 (ablation du matériel d'ostéosynthèse) et du 1^{er} avril au 5 décembre 2014 (trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée ; p. 200).

Le 22 février 2016, Swica a transmis le rapport d'expertise à l'Office AI du canton de Genève, auprès duquel une demande de prestations avait été également déposée par l'assuré le 7 juillet 2012 (pièce 292).

Par courrier du 20 avril 2016, M^e Burgat a interpellé Swica en lui reprochant de ne pas lui avoir transmis le rapport d'expertise et de ne pas avoir encore pris position sur les prestations en faveur de son client, ce qui constituait un déni de justice inacceptable (pièce 293).

Le 3 mai 2016, Swica lui a transmis le rapport d'expertise, en précisant que sa détermination lui parviendrait la semaine suivante (pièce 294). Par communication du 25 mai 2016 intitulée « droit d'être entendu – droit aux prestations », Swica a informé l'assuré qu'elle entendait confirmer la fin des indemnités journalières au 3 février 2013 et la fin de la prise en charge du traitement pour les troubles psychiques au 31 mars 2014, dès lors que selon les experts, les tensions au travail et les problèmes privés n'étaient plus imputables à l'accident et les séquelles résiduelles cognitives liées à l'accident ne pouvaient pas, à elles seules, être considérées comme la cause unique de l'échec professionnel. Elle a, en revanche, relevé que le TCC sévère avait engendré des

séquelles minimales à modérées au niveau neuropsychologique, qui justifiaient l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10%, soit 12 600 fr. (pièce 296).

Swica a rendu sa décision formelle le 13 juin 2016 (pièce 299).

C. Dans le délai utile, le 17 juin 2016, l'assuré a formé opposition (pièce 300). Dans le délai octroyé par Swica pour compléter son opposition sur le fond (pièce 308), l'assuré a déposé, le 16 septembre 2016, un avis de la Dresse H _____, qui estimait que les experts avaient minimisé les difficultés du patient et que c'était à tort qu'ils n'avaient pas retenu de lien entre le TCC et l'atteinte neuropsychiatrique (pièce 310).

Le 24 octobre 2016, Swica a demandé à la E _____ de bien vouloir prendre position sur les points soulevés (pièce 311). Un rappel lui a été adressé le 9 décembre 2016 (pièce 316). La E _____ a rendu un avis complémentaire le 2 février 2017 (pièce 319). Ce document a été transmis à l'assuré le 9 février 2017 et un délai au 9 mars 2017 lui a été octroyé pour indiquer s'il maintenait ou retirait son opposition (pièce 320).

Par courrier du 8 mars 2017, l'assuré a confirmé son opposition et a demandé qu'une prise de position soit requise du Dr K _____ (pièce 322). Swica lui a alors octroyé un délai au 28 avril 2017 pour déposer un rapport médical complémentaire (pièce 323), puis un délai au 30 mai 2017 (pièce 328) et enfin au 7 juillet 2017 (pièce 330). A cette date, l'assuré a remis un rapport de son psychiatre traitant (pièce 331).

Le 4 août 2017, Swica a transmis ce nouvel élément à la E _____ pour prise de position (pièce 333). Après avoir reçu le dossier psychiatrique de l'assuré, la E _____ a rendu un avis complémentaire le 5 février 2018 (pièce 338). Par courrier du 23 avril 2018, Swica a adressé ce rapport à l'assuré en lui accordant un délai au 28 mai 2018 pour se prononcer (pièce 340). A la demande de l'assuré, ce délai a été prolongé au 29 juin 2018 (pièce 344). Le dernier jour du délai, l'assuré a contesté l'avis complémentaire de la E _____ sur la base du rapport du 26 juin 2018 du Dr K _____ (pièce 345). Du point de vue de l'assuré, le désaccord médical nécessitait la mise en œuvre d'une nouvelle expertise (pièce 346).

Saisi en raison du déménagement de l'assuré en Valais, l'Office cantonal AI du Valais (OAI), ayant également des doutes sur la force probante des conclusions de l'expertise de la E _____, a décidé, en février 2019, de mettre en œuvre une nouvelle expertise pluridisciplinaire et a accepté que Swica participe à la procédure (pièces 349 et 350). Le mandat a été attribué à la L _____, à M _____ (pièce 353). Un rapport a été rendu le 7 avril 2020 (pièce 362) et remis à Swica le 28 juillet 2020.

Par courrier du 25 septembre 2020, Swica a transmis à l'assuré le rapport d'expertise de L _____, en relevant que l'expert psychiatre avait fait abstraction de l'état antérieur de l'assuré dans son appréciation, de sorte que ses conclusions ne pouvaient pas être suivies. Swica proposait dès lors de soumettre les deux rapports d'expertise à un expert indépendant et spécialisé en psychiatrie, à savoir le Dr N _____ (pièce 365). L'assuré désapprouvant le choix du Dr N _____ qui n'était pas spécialisé dans les troubles neuropsychologiques consécutifs à des chocs traumatiques (pièce 367), Swica l'a invité à proposer le nom d'un autre médecin-expert SIM pour ce mandat et lui a demandé de lui fournir les coordonnées du compte bancaire sur lequel l'indemnité pour atteinte à l'intégrité pouvait être versée (pièce 370). Par courrier du 12 janvier 2021, l'assuré a communiqué les références de son compte bancaire et a suggéré les noms de deux experts en neuropsychologie. Le refus de prise en charge ne concernant que des troubles psychiques, Swica a confirmé, les 14 janvier 2021 et 18 février 2021, son souhait de demander un avis final au Dr N _____, malgré l'opposition de l'assuré (pièce 373 et 377). Après avoir reçu le dossier de l'assuré, l'expert psychiatre a accepté de se saisir du mandat le 13 avril 2021 (pièce 384).

Entre-temps, par courrier du 25 février 2021, l'assuré a maintenu sa position selon laquelle il n'y avait pas de contradiction dans l'expertise de L _____, de sorte qu'un 3^e avis ne se justifiait pas, et a invité Swica à rendre, dans les meilleurs délais, une décision sujette à recours sur l'opposition formée le 17 juin 2016 (pièce 381).

Le Dr N _____ a rendu son rapport d'expertise en date du 10 juin 2021. Le 9 juillet 2021, Swica a envoyé ce document à l'assuré, en indiquant qu'une décision pourrait être rendue d'ici la fin août 2021 (pièce 397). Par courrier du 6 septembre 2021, l'assuré a demandé à Swica ce qu'il en était, ce à quoi cette dernière a répondu qu'elle avait été trop optimiste sur le délai annoncé (pièce 401). Relancée le 3 décembre 2021, Swica s'est excusée du retard pris dans le traitement du dossier par courriel du 10 décembre 2021. Par courrier du 21 décembre suivant, elle a assuré qu'une prise de position serait rendue dans le courant du mois de janvier 2022 (pièce 407).

D. Par courrier du 11 janvier 2022, Swica a informé l'assuré qu'il avait l'intention de procéder à une *reformatio in pejus* et de réclamer la restitution de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, dès lors qu'en l'absence d'éléments de nature neurologique, la seule appréciation en neuropsychologie ne suffisait pas pour établir un lien de causalité naturelle avec l'accident et que la causalité adéquate n'était pas donnée dans le cas d'espèce (pièce 408).

Prenant position le 19 janvier 2022, l'assuré a maintenu son opposition en contestant que les troubles psychiques ne soient pas en lien de causalité avec l'accident et en menaçant Swica de faire valoir un déni de justice si une décision sur opposition n'était pas rendue dans les 30 jours (pièce 409).

Par courriel du 17 février 2022, Swica a accusé réception de la demande de l'assuré et l'a informé qu'en raison de l'absence de la personne en charge du dossier, une décision ne pourrait être notifiée que dans le courant du mois de mars 2022 (pièce 411).

E. Le 4 mars 2022, l'assuré a déposé auprès de la Cour de céans une plainte pour déni de justice, au terme de laquelle il a conclu à ce qu'il soit impartie un délai de trois semaines à Swica pour statuer sur la demande de rente LAA et à ce que cette dernière soit condamnée à payer un montant de 4500 fr. à titre de réparation pour tort moral, sous suite de frais et dépens. Il a également requis l'octroi de l'assistance judiciaire totale (S3 22 24).

Le 8 mars 2022, Swica a rendu une décision sur opposition par laquelle elle a rejeté l'opposition de l'assuré, a confirmé sa décision du 13 juin 2016 en tant qu'elle refuse les prestations réclamées et a demandé la restitution des prestations touchées à tort (montant de 12 500 fr. ; recte : 12 600 fr. selon décision du 13 juin 2016), en retirant l'effet suspensif à un éventuel recours (pièce 412).

Le 10 mars 2022, elle a reçu l'ordonnance de la Cour de céans lui impartissant un délai au 8 avril 2022 pour déposer une réponse, ce qu'elle a fait le 5 avril 2022, en relevant que le recours pour déni de justice était devenu sans objet et que la demande pour tort moral était infondée.

Considérant en droit

1. Selon l'article 1 alinéa 1 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA), les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément.

Le recourant étant domicilié à Sembrancher, la Cour de céans est compétente, en vertu des articles 57 et 58 alinéa 1 LPGA et de l'article 81a alinéas 1 et 2 de la loi cantonale

sur la procédure et la juridiction administratives du 6 octobre 1976 (LPJA, RS/VS 172.6), pour connaître du présent recours pour déni de justice.

2.1 Selon l'article 56 alinéa 2 LPGA, un recours peut être formé lorsque l'assureur, malgré la demande de l'intéressé, ne rend pas de décision ou de décision sur opposition.

L'article 56 alinéa 2 LPGA garantit un droit de recours à la personne concernée lorsque l'assureur, contrairement à la demande de celle-ci, ne prononce pas de décision ou de décision sur opposition. Cette disposition vise le retard à statuer et le refus de statuer. Un retard à statuer existe lorsqu'un assureur ne clôt pas une procédure dans un délai raisonnable. Il y a refus de statuer lorsque l'assureur ne procède pas à une action officielle qu'il est tenu d'effectuer.

Avant de former un recours pour déni de justice, il faut en tout cas exiger de l'autorité jugée défaillante de se prononcer en bonne et due forme dans un délai raisonnable. Les cours sociales du Tribunal fédéral ont déduit la nécessité d'une telle sollicitation du texte de l'article 56 alinéa 2 LPGA (« malgré la demande de l'intéressé »), une requête correspondante ayant été jugée suffisante dans ce contexte (Basler Kommentar, Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG], 2020, § 39 ad Art. 56, p. 763 ; Kieser, Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts ATSG, 4^{ème} éd. 2020, § 30 et 39 ad Art. 56, p. 1019 et 1021).

Dans le cadre de la procédure d'examen en matière d'assurances sociales, l'exigence de célérité de cette procédure peut évidemment se heurter au devoir d'instruction de l'administration selon l'article 43 alinéa 1 LPGA, respectivement ne doit pas s'imposer au détriment d'un établissement suffisant de l'état de fait. En d'autres termes, l'argument selon lequel une mesure d'instruction dure trop longtemps et n'est pas compatible avec le principe d'une procédure rapide ne saurait conduire à reconnaître un retard à statuer, si cette mesure apparaît objectivement nécessaire et ne peut aboutir plus rapidement, par exemple en raison du temps d'attente inévitable pour obtenir un rapport d'expertise (Basler Kommentar, op. cit., § 42 ad Art. 56, p. 763 ; Kieser, op. cit., § 34 et 35 ad Art. 56, p. 1020).

2.2 En l'espèce, la décision sur opposition du 8 mars 2022, qui a confirmé l'absence de lien de causalité entre l'accident et les troubles neuropsychologiques et psychiques annoncés dès avril 2014, a rendu sans objet le recours pour déni de justice formé par l'assuré le 4 mars 2022.

En outre, au cours de la longue procédure administrative de 2011 à 2022, la Cour constate que l'intimée a eu seulement trois périodes d'« inaction », à savoir après le 24 juin 2014, le 22 février 2016 et le 29 juin 2018, lesquelles n'apparaissent toutefois pas suffisamment excessives (9, 2 et 7 mois) au point de constituer un retard injustifié prohibé par les articles 29 alinéa 1 Cst. et 6 § 1 CEDH (cf. arrêt). Relancée par l'assuré, l'intimée a, à chaque fois, immédiatement réagi par un courrier, en annonçant les prochaines étapes de l'instruction.

Enfin, interpellée par l'assuré le 19 janvier 2022, l'intimée lui a répondu le 17 février 2022 qu'elle serait en mesure de notifier sa décision sur opposition dans le courant du mois de mars 2022. Ainsi, l'assuré aurait à tout le moins dû attendre la fin de mois de mars 2022 avant de se plaindre d'un déni de justice. Dans ces conditions, en plus d'être devenu sans objet, le recours pour déni de justice se révèle mal fondé.

3. Quant à la conclusion tendant à l'octroi d'un montant de 4500 fr. à titre de réparation pour tort moral, elle doit être déclarée irrecevable, respectivement être rejetée, qu'elle soit fondée sur les articles 47 et 49 CO (Code des obligations du 30 mars 1911 ; RS 220) ou sur l'article 78 LPGA.

3.1 Selon l'article 47 CO, le juge peut, en tenant compte de circonstances particulières, allouer à la victime de lésions corporelles ou, en cas de mort d'homme, à la famille une indemnité équitable à titre de réparation morale. Quant à l'article 49 alinéa 1 CO, il prévoit que celui qui subit une atteinte illicite à sa personnalité a droit à une somme d'argent à titre de réparation morale, pour autant que la gravité de l'atteinte le justifie et que l'auteur ne lui ait pas donné satisfaction autrement. Enfin, l'article 78 alinéa 1 LPGA stipule que les corporations de droit public, les organisations fondatrices privées et les assureurs répondent si un organe ou un agent accomplit, en sa qualité d'organe d'exécution de la loi, un acte illicite et dommageable. L'alinéa 4 renvoie à la notion de l'illicéité au sens de l'article 3 alinéa 1 LRCF (loi fédérale du 14 mars 1958 sur la responsabilité de la Confédération, des membres de ses autorités et de ses fonctionnaires ; RS 170.32), qui suppose que l'Etat, au travers de ses organes ou de ses agents, ait violé des prescriptions destinées à protéger un bien juridique. Le comportement exigé par la loi peut consister soit dans une action, soit dans une omission, auquel cas il faut qu'il existât, au moment déterminant, une norme juridique qui sanctionnait explicitement l'omission commise ou qui imposait de prendre en faveur du lésé la mesure omise (position de garant vis-à-vis du lésé ; ATF 139 V 176 consid. 8.2 ; 137 V 76 consid. 3.2 ; 133 V 14 consid. 8.1). Lorsque l'illicéité reprochée procède d'un acte juridique (une décision, un jugement, ...), seule la violation d'une prescription importante des devoirs de fonction est

susceptible d'engager la responsabilité de la Confédération (cf. ATF 139 IV 137 consid. 4.2 ; 132 II 305 consid. 4.1 et les références citées). A cet égard, le fait de rendre une décision qui se révèle par la suite inexacte, contraire au droit ou même arbitraire ne suffit pas (arrêts du Tribunal fédéral 2E_2/2013 du 30 octobre 2014 consid. 5.4.1 et 2C_397/2012 du 19 novembre 2012 consid. 3.3).

3.2 En l'occurrence, la Cour de céans n'est pas compétente pour statuer sur une action fondée sur les articles 47 et 49 CO. Quant à l'intimée, elle n'est ni responsable de l'accident et des lésions subies par le recourant ni l'auteur d'une atteinte illicite à la personnalité de ce dernier. Enfin, rien ne permet de retenir que l'intimée, par le biais de l'un de ses organes ou de ses agents, aurait violé grossièrement l'obligation de remplir consciencieusement et avec diligence les devoirs de sa fonction. Comme on vient de le voir, aucune omission ne peut être reprochée à l'intimée. En outre, comme l'a relevé l'intimée dans sa réponse du 5 avril 2022, cette dernière n'a pas commis d'acte illicite. Le fait que le cas du recourant implique l'intervention de plusieurs autorités en parallèle (assurances accidents, maladie, perte de gain, chômage et invalidité), pouvant engendrer des difficultés procédurales, n'est pas exceptionnel. En outre, les complications auxquelles a pu être confronté l'assuré ne sauraient, dans tous les cas, être imputées au seul comportement de l'intimée. Par ailleurs, même dans l'hypothèse d'un déni de justice reconnu, le recourant ne peut prétendre à une indemnité pécuniaire au sens propre, puisque de jurisprudence constante, l'indemnité pour tort moral se trouve compensée par le constat du retard injustifié (ATF 122 IV 103 consid. 1 ; arrêts 5A.8/2000 du 6 novembre 2000 consid. 3 et 9C_58/2009 du 10 juillet 2009 consid. 3.2). Finalement, une action fondée sur l'article 78 LPGA devrait être déclarée irrecevable, dès lors que le recourant n'a jamais déposé de demande en réparation du dommage auprès de l'intimée.

4.1 Le recours pour déni de justice, devenu sans objet, peut être rayé du rôle (art. 61 LPGA, art. 81a al. 1 et 2 LPJA en lien avec l'art. 81 LPJA, lequel renvoie à l'art. 242 CPC). Prématuurée et mal fondée, la conclusion en réparation du tort moral est irrecevable, respectivement rejetée.

Il n'est pas perçu de frais (art. 61 let. f^{bis} LPGA).

4.2 Le recourant a demandé l'assistance judiciaire totale dans le cadre de son recours pour déni de justice. Or, il ressort du dossier que l'intimé n'a pas fait preuve d'inaction fautive au cours de la procédure et que l'assuré n'a pas attendu la fin du délai annoncé par l'intimée pour agir. Partant, les chances de succès du recours interjeté le 4 mars

2022 apparaissaient très faibles. En outre, la démarche ne nécessitait pas l'assistance d'un avocat.

Deux des trois conditions cumulatives posées par l'article 2 LAJ pour l'octroi de l'assistance judiciaire n'étant en l'espèce pas remplies, point n'est besoin d'examiner celle de l'indigence. En conséquence, la demande d'assistance judiciaire liée au recours du 4 mars 2022 est rejetée.

4.3 Le recours étant en tous points mal fondé, respectivement infondé, il n'est pas alloué de dépens au recourant (art. 61 let. g LPGA *a contrario*), pas plus qu'à l'intimé (art. 91 al. 3 LPJA).

Prononce

1. La demande d'assistance judiciaire S3 22 24 est rejetée.
2. Le recours pour déni de justice devenu sans objet est rayé du rôle, respectivement rejeté.
3. La conclusion tendant à l'octroi d'une indemnité pour tort moral est irrecevable, respectivement rejetée.
4. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.

Sion, le 23 mai 2023