

BVGer C-8058/2016 vom 27. Februar 2018

Bundesverwaltungsgericht, 2018-02-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-8058_2016

FR: TAF C-8058/2016 du 27 février 2018

IT: TAF C-8058/2016 del 27 febbraio 2018

Regeste

Assurance-invalidité (divers)

Erwägungen

E. 1.1

Sous réserve des exceptions, non réalisées en l'espèce, prévues à l'art. 32 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), le Tribunal de céans connaît, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), des recours interjetés par des personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE.

E. 1.1.1

L'intéressé a interjeté recours contre la décision du 30 novembre 2016 de l'OAIE auprès du Tribunal de céans conformément aux voies de droit indiquées dans la décision (cf. recours annexe 4) et a parallèlement formé opposition contre celle-ci auprès de la CSC en se référant aux Directives sur les rentes dans l'AVS/AI (DR, cm 10058, 10066 s., 10073, spéc. 10078 indiquant le moyen de l' « opposition » [« Einsprache », « opposizione »]). La CSC a transmis cette opposition au Tribunal de céans comme objet de sa compétence (pce TAF 2) considérant ainsi que sa décision était sujette à recours auprès du Tribunal de céans.

E. 1.1.2

Selon l'art. 7 al. 1 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021), l'autorité examine d'office si elle est compétente. Dans le cadre de cet examen qui intervient d'emblée et indépendamment des griefs soulevés dans le recours, l'autorité saisie ne contrôle pas seulement sa propre compétence quant à la cognition du recours mais également celle de l'autorité inférieure s'agissant de la décision contestée. Elle ne se fonde pas sur les constatations de l'instance inférieure (cf. Thomas Flückiger, in: Waldmann/Weissenberger, Praxiskommentar Verwaltungsverfahrensgesetz, 2e éd. 2016, art. 7 n° 22, 24-26). Selon l'art. 32 al. 2 let. b LTAF le recours est irrecevable contre les décisions qui, en vertu d'une autre loi fédérale, peuvent faire l'objet d'une opposition ou d'un recours devant une autorité précédente au sens de l'art. 33 let. c à f LTAF.

E. 1.1.3

L'art. 57 al. 1 let. a - i LAI énonce les attributions des offices AI. Selon la let. g de cette disposition il ressort des attributions des offices AI de rendre les décisions relatives aux prestations de l'AI. L'art. 57a al. 1 LAI dispose qu'au moyen d'un préavis l'office AI communique à l'assuré toute décision finale qu'il entend prendre au sujet d'une demande de prestations ou au sujet de la suppression ou de la réduction d'une prestation déjà allouée. Le

préavis (communication intégrale du projet de décision avec sa motivation invitant l'assuré à se déterminer à son sujet) offre à l'intéressé le droit d'être entendu. L'art. 73bis al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201) dispose que le préavis visé à l'art. 57a LAI ne porte que sur les questions qui relèvent des attributions des offices AI en vertu de l'art. 57 al. 1 let. c à f LAI (dont par exemple la let. c : examiner si les conditions générales d'assurance sont remplies). En d'autres termes la procédure de préavis au sens de l'art. 57a LAI n'était pas requise préalablement à la décision attaquée relevant de la let. g (rendre les décisions relatives aux prestations de l'AI) de l'art. 57 al. 1 LAI. Il sied de relever, de plus, contrairement à ce que laisse entendre le cm 10078 des DR selon son texte littéral, que ni la LAI ni le RAI ne prévoient de décisions sujettes à opposition. Le Message du Conseil fédéral relativement à l'art. 57a LAI en vigueur depuis le 1er janvier 2006 note en effet que « les décisions des offices AI ne pourront plus être attaquées que par voie de recours » (FF 2005 2899 ss, 2908). Partant le droit en vigueur et applicable en l'espèce ne prévoyant, concernant la décision litigieuse du 30 novembre 2016, ni la voie procédurale interne à l'administration de préavis ni celle de l'opposition, la décision attaquée est, conformément aux voies de droit indiquées, sujette à recours de sorte que le Tribunal de céans est compétent pour l'examiner.

E. 1.2

Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) pour autant que la LTAF n'en dispose autrement. Conformément à l'art. 3 let. dbis PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge expressément à la LPGA.

E. 1.3

Déposé en temps utile, dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), le recours est recevable.

E. 2

L'objet du litige est le bien-fondé de la décision du 30 novembre 2016 rendue par l'OAIE ayant « décidé » de « verser » - après avoir accordé une demi-rente d'invalidité à l'assuré totalisant un montant de 27'481.- francs du 1er septembre 2014 au 30 septembre 2014, avec effet rétroactif au 1er septembre 2014 (cf. supra A) - le montant de 27'481.- francs à la B. _____ Assurances en application de l'art. 22 al. 2 LPGA au motif, comme indiqué par l'OAIE, que le rétroactif peut servir à rembourser des prestations avancées en cas de perte de salaire.

E. 3

Le droit matériel applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants ou ayant des conséquences juridiques se sont produits, le juge n'ayant pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date de la décision litigieuse, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et les références; voir ég. ATF 139 V 297

consid. 2.1, ATF 130 V 445 consid. 1.2.1). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 98 consid. 4 ; arrêt du TF 9C_25/2012 du 25 avril 2012 consid. 2.1).

E. 4

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoriale (ATF 138 V 206 consid. 6). L'autorité administrative et en cas de recours le tribunal définissent les faits et apprécient les preuves d'office et librement (cf. art. 12 PA). Le TAF applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; Fritz. Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 1983, p. 212 ; Thomas Häberli, in : Waldmann/Weissenberger, op. cit., art. 62 n° 43), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (ATF 139 V 349, ATF 136 V 376 consid. 4.1, ATF 132 V 105 consid. 5.2.8; Pierre Moor / Etienne Poltier, Droit administratif, vol. II, 3e éd. 2011, p. 300 s.; Jérôme Candrian, Introduction à la procédure administrative fédérale, 2013, n° 176; Frésard-Fellay/Kahil-Wolff/Perrenoud, Droit suisse de la sécurité sociale II, 2015, p. 499). L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, ATF 121 V 204 consid. 6c; Moser/Beusch/Kneubühler, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2e éd. 2013, p. 25 n. 1.55). Elle ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA, 43 LPGA).

E. 5.1

Dans son recours l'intéressé s'est plaint de ce que l'autorité intimée a rendu sa décision du 30 novembre 2016 en violation du droit d'être entendu, n'ayant jamais eu de réponse à son grief selon lequel les indemnités journalières perçues de la B. _____ Assurances ne pouvaient être compensées avec les arrérages de rentes AI en raison de la nature juridique d'assurance de sommes du contrat dont elles étaient issues. Dans sa duplique du 29 mai 2017 l'autorité inférieure fit valoir que les décisions portant sur le versement des prestations rétroactives étaient prévues par l'art. 57 al. 1 let. g RAI et n'étaient pas soumises à la procédure de préavis de l'art. 57a LAI (pce TAF 12).

E. 5.2

De nature formelle, le droit d'être entendu est une règle primordiale de procédure dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée sans égard aux chances de succès du recours sur le fond (Andreas Auer / Giorgio Malinverni / Michel Hottelier, Droit constitutionnel suisse, volume II, Les droits fondamentaux, 3ème éd., 2013, n° 1358; Jacques Dubey / Jean-Baptiste Zufferey, Droit administratif général, 2014, n° 1982 ss; cf. également ATF 134 V 97; 135 I 279 consid. 2.6.1). En effet, si l'autorité de recours constate la violation du droit d'être entendu, elle renvoie la cause à l'instance inférieure, qui devra entendre la personne concernée et adopter une nouvelle décision, quand bien même sur le fond celle-ci ne s'écartera pas de la solution qu'elle avait retenue lors de la décision annulée (cf. ATF 125 I 113 consid. 3).

E. 5.3

Le droit d'être entendu, inscrit à l'art. 29 al. 2 Cst. comprend le droit de s'exprimer, le droit de consulter le dossier, le droit de faire administrer des preuves et de participer à

l'administration de celles-ci, le droit d'obtenir une décision motivée et, cas échéant, le droit de se faire représenter ou assister (cf. ATF 137 IV 33 consid. 9.2, ATF 136 I 265 consid. 3.2 et réf. cit.; ATAF 2010/35 consid. 4.1.2). Le droit d'être entendu est consacré, en procédure administrative fédérale, par les art. 26 à 28 PA (droit de consulter les pièces), les art. 29 à 33 PA (droit d'être entendu stricto sensu) et l'art. 35 PA (droit d'obtenir une décision motivée) ainsi qu'en matière d'assurances sociales aux art. 42 LPGA (droit d'être entendu) et 52 al. 2 LPGA (motivation des décisions sur opposition). S'agissant plus particulièrement du devoir pour l'autorité de motiver sa décision, le but est que le destinataire puisse la comprendre, l'attaquer utilement s'il y a lieu et que l'autorité de recours puisse exercer son contrôle (ATF 133 I 270 consid. 3.1, ATF 133 III 439 consid. 3.3; arrêt du TF 1C_308/2010 du 20 décembre 2010 consid. 3.1.2, non publié aux ATF 137 IV 25; ATAF 2010/35 consid. 4.1.2). Pour répondre à ces exigences, il suffit que l'autorité mentionne, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause (ATF 135 III 670 consid. 3.3.1, ATF 134 I 83 consid. 4.1, ATF 133 III 439 consid. 3.3). Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuves et griefs invoqués par les parties. Elle peut au contraire se limiter à ceux qui peuvent être tenus comme pertinents. Il n'y a violation du droit d'être entendu que si l'autorité ne satisfait pas à son devoir minimum d'examiner les problèmes pertinents (ATF 136 I 229 consid. 5.2, ATF 136 I 184 consid. 2.2.1, ATF 135 V 65 consid. 2.6 et les arrêts cités ; ATAF 2010/35 consid. 4.1.2).

E. 5.4

Concrètement l'autorité qui rend une décision doit suivre une procédure permettant à l'intéressé d'être entendu, d'autant plus s'il ressort de ses écrits un désaccord sur l'objet de la décision qui ne pourra être contesté que par la voie d'un recours devant un tribunal. L'OAIE a par ailleurs évoqué le droit d'être entendu dans sa réponse en se référant au chiffre 10078 des DR sans toutefois tirer les conséquences de son inobservation. Le droit constitutionnel d'être entendu est en effet garanti en matière d'AI même si une procédure de préavis n'est pas formellement prévue comme dans le cas d'espèce (cf. ATF 134 V 97 spéc. consid. 2.8 et supra consid. 1.1.3)

E. 5.5

En l'espèce, l'autorité inférieure a rendu sa décision du 30 novembre 2016 sans tenir compte du grief soulevé par l'intéressé quant à la nature des prestations d'assurance de l'assureur B._____ Assurances, ni même sans présenter un décompte de la compensation quant à la période prise en compte alors même qu'il appartenait à l'autorité inférieure de faire état de son contrôle quant à la période prise en compte comme elle l'a indiqué à juste titre dans sa réponse au recours en se référant au ch. 10073 des Directives sur les rente (DR), de sorte que ce dernier n'a eu d'autres moyens pour se faire entendre que d'interjeter recours. L'autorité inférieure ne s'est pas prononcée non plus par rapport au grief soulevé avant d'avoir rendu sa décision. Par ailleurs le décompte établi ultérieurement en date du 31 janvier 2017 (cf. annexe pce TAF 12) n'était pas propre à renseigner l'intéressé sur le bien-fondé de la compensation quant à la période prise en compte. Manifestement l'autorité inférieure a par ce mode de faire violé le droit d'être entendu de l'intéressé d'autant plus que la décision du 30 novembre 2016 ne relevait pas de la procédure du préavis (cf. supra consid. 1.1.3 et 5.4).

E. 5.6

Par exception au principe de la nature formelle du droit d'être entendu, la jurisprudence admet qu'une violation de ce dernier principe est considérée comme réparée lorsque l'intéressé jouit de la possibilité de s'exprimer librement devant une autorité de recours disposant du même pouvoir d'examen que l'autorité inférieure et pouvant ainsi contrôler librement l'état de fait et les considérations juridiques de la décision attaquée (ATF 133 I 201 consid. 2.2). Si la réparation d'un vice éventuel doit cependant demeurer l'exception (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa, ATF 126 V 130 consid. 2b), même en cas de violation grave du droit d'être entendu, un renvoi de la cause pour des motifs d'ordre formel à l'instance précédente peut être exclu, par économie de procédure, lorsque cela retarderait inutilement un jugement définitif sur le litige, ce qui n'est dans l'intérêt ni de l'intimée, ni de l'administré (in casu l'assuré) dont le droit d'être entendu a été lésé (ATF 132 V 387 consid. 5.1).

E. 5.7

En dépit du caractère formel du droit d'être entendu, le Tribunal peut aussi exceptionnellement renoncer au renvoi de la cause à l'administration lorsqu'il représenterait une vaine formalité et conduirait à des retards inutiles qui ne seraient pas conciliables avec l'intérêt de la partie concernée à un examen diligent de son cas (cf. ATF 136 V 117 consid. 4.2.2.2; ATAF 2010/35 consid. 4.3.1).

E. 5.8

Dans le cas présent il ne se justifie pas d'annuler la décision attaquée pour cause de violation du droit d'être entendu car dans le cadre de la présente procédure les parties ont eu l'occasion de s'exprimer contradictoirement sur la question du bien-fondé d'une compensation, respectivement d'une cession d'arrérages de rentes AI et de la mise sur un compte d'attente de la somme litigieuse et qu'une annulation de la décision attaquée ne ferait ainsi que rallonger inutilement la durée de la procédure.

E. 6

L'admissibilité légale du versement litigieux d'arrérages de rentes en faveur de l'intéressé à la B._____ Assurances, demandé en compensation des indemnités journalières versées par cette dernière sur la base d'un contrat privé selon la LCA, doit, comme l'autorité inférieure l'a énoncé à juste titre, être examinée à l'aune des art. 22 al. 2 LPGA et 85bis RAI. L'admissibilité du paiement en mains de tiers à un assureur d'indemnités journalières en cas de maladie selon la LCA, comme en l'espèce, se fonde en effet - si les conditions en sont remplies - sur l'art. 22 al. 2 LPGA qui est aussi la base légale de l'art. 85bis RAI régissant les conditions et modalités du « versement de l'arriéré d'une rente au tiers ayant fait une avance » par l'assurance-invalidité, applicable depuis l'entrée en vigueur de la LPGA au 1er janvier 2003 et englobant le fondement de l'art. 50 al. 2 LAI dans sa version antérieure au 1er janvier 2003 (cf. ATF 136 V 381 consid. 3.2, 3.4 ; ATF 136 V 286 consid. 5.2 ; Claudia Caderas, Koordination von Krankentaggeldleistungen, Koordinations- und Überentschädigungsfragen beim Zusammenfallen von Leistungen der freiwilligen Krankentaggeldversicherung mit Erwerbsausfallentschädigungen des Sozialversicherungsrechts, in HAVE n° 8 2016, p. 50, 72 n° 277).

E. 6.1

Aux termes de l'art. 22 al. 1 LPGA le droit aux prestations est incessible ; il ne peut être donné en gage. Toute cession ou mise en gage est nulle. Selon l'art. 22 al. 2 LPGA, les

prestations accordées rétroactivement par l'assureur social peuvent en revanche être cédées a) à l'employeur ou à une institution d'aide sociale publique ou privée dans la mesure où ceux-ci ont consenti des avances ; b) à l'assureur qui a pris provisoirement à sa charge des prestations.

E. 6.2

Selon l'art 85bis al. 1 RAI les employeurs, les institutions de prévoyance professionnelle, les assurances-maladies, les organismes d'assistance publics ou privés ou les assurances en responsabilité civile ayant leur siège en Suisse qui, en vue de l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité, ont fait une avance peuvent exiger qu'on leur verse l'arriéré de cette rente en compensation de leur avance et jusqu'à concurrence de celle-ci. La disposition précise (3ème phrase) que les organismes ayant consenti une avance doivent faire valoir leurs droits au moyen d'un formulaire spécial au plus tôt lors de la demande de rente et, au plus tard, au moment de la décision de l'office AI. L'utilisation d'un formulaire spécial pour le consentement au paiement en main de tiers est une prescription d'ordre et n'est pas une condition de validité de ce consentement (ATF 136 V 381 consid. 5.2).

E. 6.2.1

L'art. 85bis al. 1 RAI ne mentionne pas les assureurs perte de gain maladie/accident selon la LCA. Selon la jurisprudence et la pratique constante lesdits assureurs sont pris en compte par l'art. 22 al. 2 let. b LPGA permettant expressément depuis l'entrée en vigueur de la LPGA dans certaines limites une cession en leur faveur (cf. Gebhard Eugster, ATSG und Krankenversicherung: Streifzug durch Art. 1-55 ATSG in : RSAS 2003 p. 213, 222 ; Ueli Kieser, ATSG Kommentar, 3e éd. 2015, art. 22 n° 61 ; ATF 136 V 381 consid. 4.1 et consid. 6.1 supra).

E. 6.2.2

L'art. 85bis RAI n'est pas seulement destiné à protéger les intérêts publics en général. Il vise certes à favoriser une bonne coordination des assurances sociales, notamment par la prévention d'une surindemnisation pour une période pendant laquelle l'assuré reçoit rétroactivement une rente. Mais il vise aussi à sauvegarder les intérêts de tiers qui ont versé des avances à l'assuré en attendant qu'il soit statué sur ses droits (ATF 133 V 13 consid. 8.4 ; arrêt du TF 9C_926/2010 du 4 août 2011 consid. 3.2).

E. 6.2.3

Selon l'art. 85bis al. 2 RAI sont considérées comme une avance les prestations a) librement consenties, que l'assuré s'est engagé à rembourser, pour autant qu'il ait convenu par écrit que l'arriéré serait versé au tiers ayant effectué l'avance, b) versées contractuellement ou légalement pour autant que le droit au remboursement, en cas de paiement d'une rente, puisse être déduit sans équivoque du contrat ou de la loi.

E. 6.3

La notion de cession de l'art. 22 al. 2 LPGA correspond à celle des art. 164 ss du Code des obligations (CO, RS 220 ; ATF 132 V 113 consid. 3.3.31, ATF 135 V 2 consid. 6.1). Selon l'art. 164 al. 1 CO le créancier peut céder son droit à un tiers sans le consentement du débiteur, à moins que la cession n'en soit interdite par la loi, la convention ou la nature de l'affaire. La cession est sous cet aspect seulement licite si elle ne modifie pas le contenu de la créance ni ne l'altère ni y porte atteinte et ne péjore pas la position du créancier (ATF 135 V 2 consid. 6.1). Par la possibilité de céder des prestations de l'assureur social accordées

rétroactivement à un assureur qui a pris provisoirement à sa charge des prestations (cf. l'art. 20 al. 2 let. b LPGA, en particulier des indemnités journalières et des rentes), le législateur a établi de façon contraignante que la nature des rentes cédées ne contrevenait pas à une cession.

E. 6.3.1

Dans le champ d'application de l'art. 85bis RAI une cession n'est cependant pas requise car le droit au remboursement légal des prestations avancées du tiers requérant et la réciprocité exigée des créances pour une compensation sont données par la loi (ATF 136 V 381 consid. 4.1 et les références). En particulier dans le champ d'application de l'art. 85bis al. 2 let. b RAI, le consentement n'est pas nécessaire (cf. ATF 136 V 381 consid. 4.1 et les références); celui-ci est remplacé par l'exigence d'un droit au remboursement « sans équivoque ». Pour pouvoir parler d'un droit non équivoque au remboursement à l'égard de l'AI, il faut que le droit direct au remboursement découle expressément d'une norme légale ou contractuelle (arrêt du TF 9C_488/2010 du 16 août 2011 consid. 3.2 renvoyant aux ATF 136 V 381 consid. 5.1.1, 135 V 2 consid. 6.1.2, 133 V 14 consid. 8.3, aux arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 282/99 du 10 mai 2000 consid. 5b, in VSI 2002 p. 163, et I 31/00 du 5 octobre 2000 consid. 3a/bb, in VSI 2003 p. 265 ainsi qu'aux arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 428/05 du 18 avril 2006 consid. 4.4.2, I 632/03 du 9 décembre 2005 consid. 3.3.2 et I 317/03 du 11 octobre 2004 consid. 5.2 ; voir ég. les arrêts du TF 9C_926/2010 du 4 août 2011 consid. 3.2 et 9C 488/2010 du 16 août 2011 consid. 3.1). Le droit au remboursement doit être direct sans équivoque envers l'assurance-invalidité (arrêt du TF 8C_42/2012 du 4 octobre 2012 consid. 4.2). Si dans les conditions générales d'assurance il s'adresse directement à l'assuré il ne présente pas un droit direct contre l'assurance-invalidité (arrêts du TF I 428/05 du 18 avril 2006 consid. 4.4.2 , I 31/00 du 5 octobre 2000 consid. 3 ; Meyer/Reichmuth, op. cit., art. 50 n° 21). Une clause contractuelle (ou légale) excluant la surassurance ne suffit en soi pas (Caderas, op. cit., p. 73) pour fonder un droit direct contre l'assurance-invalidité. Dans le cadre de l'assurance maladie d'indemnités journalières perte de gain le droit contractuel au remboursement direct présuppose qu'il soit spécifié, généralement dans les conditions générales d'assurances, et donc convenu au début du rapport d'assurance, qu'il soit ainsi porté à la connaissance de l'assuré qui doit être d'emblée au clair quant à son obligation de devoir compter sur une compensation (cf. arrêt du TF 8C_42/2012 du 4 octobre 2012 consid. 4 ; Meyer/Reichmuth, op. cit., art. 50 n° 22) énoncée en termes clairs comparables à un texte juridique (arrêt du TF 8C_42/2012 consid. 4.2).

E. 6.3.2

L'art. 85bis al. 3 RAI précise que les arrérages de rentes peuvent être versés à l'organisme ayant consenti une avance jusqu'à concurrence, au plus, du montant de celle-ci et pour la période à laquelle se rapportent les rentes. Ainsi, pour faire valoir son droit à la cession, il incombe à l'assureur de prouver l'existence de sa créance. Si cette condition est réalisée, l'office AI est valablement libéré de sa dette en payant directement en main de l'assureur. Il n'appartient en revanche pas à l'office AI, en tant que débiteur cédé, de vérifier le montant de la créance à compenser (cf. arrêt du TF 9C_225/2014 du 10 juillet 2014 consid. 3.3.1). En cas de litige il lui appartient par contre de maintenir sur un compte d'attente le montant litigieux.

E. 6.3.3

Selon la jurisprudence, les objections contre le montant de la créance amenée en compensation ne peuvent pas être soulevées dans la procédure devant les offices AI, respectivement devant l'autorité de recours contre la décision de l'AI. Ces contestations doivent être dirigées directement contre l'organisme (en l'espèce, l'assureur selon la LCA) qui a fait valoir la compensation (arrêts du TF 9C_225/2014 du 10 juillet 2014 consid. 3.3.1, 8C_115/2013 du 30 septembre 2013 consid. 5.2 et I 141/05 du 20 septembre 2006 consid. 4; voir aussi Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, n° 3347 p. 900).

E. 7

Le recourant conteste le droit de l'OAIE de procéder au versement des arrérages de ses rentes d'invalidité portant sur la période du 1er septembre 2014 au 31 septembre 2015 au motif d'un défaut de consentement de sa part donné pour y procéder et au motif qu'étant au bénéfice d'une police d'assurance de somme et non de dommage il n'y a pas lieu de procéder à un remboursement, à hauteur des rentes de l'AI pour la même période, des rentes versées pour la période précitée par la B. _____ Assurances. Il souligne que la prestation d'assurance d'indemnités journalières est indépendante du montant effectif du préjudice subi, que le mode de calcul de ses indemnités perçues de la B. _____ Assurances démontre la nature d'assurance de somme de la police d'assurance. Pour sa part l'office AI établit le bien-fondé de sa décision de versement, respectivement de maintien sur un compte d'attente du montant correspondant aux prétentions de la B. _____ Assurances jusqu'à droit connu sur l'issue du présent litige, essentiellement sur la base de la demande en remboursement de cette assurance selon son décompte du 18 mai 2016 pour la période du 1er septembre 2014 au 30 septembre 2015, faisant valoir qu'en application de l'art. 22 al. 2 LPGa le rétroactif peut servir à rembourser des prestations avancées en cas de perte de salaire. Il indique que l'étendue du remboursement et la nature du type d'assurance conclue de somme ou de dommage sont des questions devant être tranchées par un tribunal compétent en matière de LCA. Il relève dans sa réponse du 22 février 2017 qu'en l'espèce, l'intéressé ayant clairement manifesté sa volonté de s'opposer au versement, le droit sans équivoque au remboursement sur la base d'une clause contractuelle, légitimant de payer directement en mains de l'assureur B. _____ Assurances, n'était pas établi en l'état du dossier. A la suite de la production du contrat passé entre l'employeur et la B. _____, l'OAIE maintint ses déterminations dans sa duplique du 29 mai 2017.

E. 8

N'est pas litigieux en l'espèce que l'intéressé n'a pas donné son accord de quelque façon à un versement d'arrérages de rentes AI à la B. _____ Assurances (cf. pces TAF 1 et 6). De même n'est pas litigieux le montant en tant que tel de 27'481.- francs du versement controversé (cf. cependant infra consid. 12) ni la période du 1er septembre 2014 au 30 septembre 2015 concernée par la compensation (cf. pce TAF 1) et pour laquelle la B. _____ Assurances revendique le versement direct d'arrérages de rentes selon son décompte du 18 mai 2016 (cf. pce TAF 6 annexe). Seul est litigieux si l'autorité inférieure était en droit d'ordonner la compensation, question ressortissant à la cognition de ce tribunal (voir supra consid. 6.3.3). Est ainsi à examiner en particulier s'il existe, in casu, un droit contractuel ou légal sans équivoque au remboursement dont peut directement se prévaloir l'assureur perte de gain, respectivement en application duquel l'autorité inférieure pouvait ordonner la compensation demandée par l'assureur perte de gain, ce qui est admis par l'autorité inférieure dans la décision attaquée et contesté par le recourant.

E. 8.1

Droit (règlement assurance dommage) Sont assurées à titre d'assurance dommage les prestations suivantes : a) B. _____ paie le pourcentage convenu du gain assuré pendant la durée d'incapacité de travail (...). b) (...) 8.2.Prestations de tiers a) La prestation mentionnée dans les deux paragraphes suivants est due par B. _____ uniquement à titre subsidiaire, c'est-à-dire si aucun autre assureur dommages n'est tenu à prestations. (...). b) Produit LPP Si la personne assurée ou l'ayant droit a également droit à des prestations d'assurances sociales (p. ex. assurances fédérales vieillesse, invalidité, maladie, accidents, chômage, ou militaire), de la prévoyance professionnelle (obligatoire ou surobligatoire), d'un autre assureur dommages, ou d'un tiers responsable, B. _____ complète ces prestations de tiers à concurrence du montant des prestations assurées dans le présent contrat. c) Produit LAMal Si la personne assurée ou l'ayant droit a également droit à des prestations d'assurances sociales (p. ex. les assurances fédérales vieillesse, invalidité, maladie, accidents, chômage, ou militaire), de la prévoyance professionnelle (obligatoire ou surobligatoire), d'un autre assureur dommages, ou d'un tiers responsable, B. _____ complète ces prestations de tiers à concurrence de la perte de gain effective de l'assuré. B. _____ paie au maximum l'indemnité journalière convenue. d) (...) 8.3.Avances : conditions et droit de restitution ou de compensation Dans le cadre de la prestation assurée en vertu du présent contrat, B. _____ fait, le cas échéant, une avance sur le droit à la rente - non encore versée ou dont le montant n'a pas encore été déterminé - envers des assurances sociales suisses (...), pour autant que la personne assurée ou l'ayant droit effectue toutes les démarches permettant à B. _____ de faire valoir directement son droit de restitution ou de compensation auprès des assurances sociales suisses (...). En particulier, la personne assurée ou l'ayant droit doit, autant que de besoin et si la loi l'y autorise, céder ses paiements ultérieurs et ses droits futurs à prestations envers les assureurs à concurrence de l'avance faite par B. _____, et signer les déclarations nécessaires à cet effet. (...). (...). 8.4.Droit (règlement assurance de sommes) Sont assurées à titre d'assurance de sommes les prestations suivantes : a) B. _____ paie l'indemnité journalière convenue pendant la durée d'incapacité de travail attestée par le médecin (...). b) (...) La troisième section comprend 2 sous sections (en extraits topiques) intéressant la présente affaire : 12.Assurance dommages a) S'appliquent aux assurances dommage les dispositions complémentaires suivantes : B. _____ verse la prestation assurée au moment de la survenance de l'événement assuré et uniquement si la preuve est apportée que le dommage a été causé par celui-ci. Le montant exact de la prestation découle de la police et des présentes CGC. Les prestations de tiers sont prises en compte. Les droits de recours demeurent réservés. b) (...) 13.Assurance de sommes a) S'appliquent aux assurances de sommes les dispositions complémentaires suivantes : B. _____ verse la prestation assurée au moment de la survenance de l'événement assuré, indépendamment de l'existence d'un dommage. Le montant de la prestation découle de la police et des présentes CGC. B. _____ verse la prestation assurée, qu'il y ait ou non prestation de tiers ; la prestation de ces derniers n'est pas prise en compte. b) (...).

E. 9

Pour pouvoir répondre à cette question il y a lieu d'examiner à titre liminaire, en tant que question préalable fondamentale, la nature juridique du contrat d'assurance en cause, dont la production a été ordonnée par le Tribunal dans la présente procédure. En droit des assurances privées, la LCA distingue l'assurance contre les dommages (art. 48 à 72) de

l'assurance des personnes (art. 73 à 96). Avec l'évolution des produits d'assurances la distinction est devenue « notoirement insatisfaisante », les assurances de personnes peuvent revêtir la forme de l'assurance de somme ou de l'assurance de dommage (cf. Vincent Brulhart, Droit des assurances privées, 2e éd. 2017, p. 242 n° 420 s. ; ATF 104 II 44 consid. 4). L'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie est une assurance de somme lorsque le preneur a stipulé des indemnités fixes ou forfaitaires, tandis que dans les autres cas, il s'agit d'une assurance contre les dommages et, plus particulièrement, contre la perte de gain (ATF 119 II 361 consid. 4 p. 364; arrêt du TF 4C_97/2007 du 2 novembre 2007). L'assurance de somme est une promesse de capital, indépendante du montant effectif du préjudice subi par le preneur ou l'ayant droit (cf. ATF 133 III 527 consid. 3.2.4; arrêts du TF 4A_38/2015 du 25 juin 2015 consid. 3.2, 4A_332/2010 du 22 février 2011 consid. 5.2.3 et 5.2.4). L'assurance est qualifiée d'assurance contre les dommages lorsque les parties au contrat ont fait de la perte patrimoniale effective une condition autonome du droit aux prestations (ATF 119 II 361 consid. 4 p. 364 s. ; arrêt du TF 4A_451/2015 du 26 février 2016 consid. 2.1 ; voir ég. sur la distinction en relation avec l'assurance contre la perte de gain : Brulhart, op. cit., n° 1071 ss).

E. 10.1

Sous la dénomination « B. _____ Business Kranken- Lohnausfallversicherung » F. _____ SA et la B. _____ Assurances ont conclu un contrat établi en date du 5 octobre 2011 valable du 1er janvier 2012 au 31 décembre 2016 (police 14.332.286) couvrant la période litigieuse du 1er septembre 2014 au 30 septembre 2015. L'intéressé, en sa qualité de collaborateur du service externe, en tant qu'assuré tombant selon la LAA sous le régime de l'assurance obligatoire, est assuré selon ce contrat en cas de maladie « Taggeld (BVG-Produkt) (Schadensversicherung) » dès le 15ème jour jusqu'à 730 jours à hauteur maximal de 80% du gain (« maximal 80% des Verdienstes ») d'un salaire d'au plus de 300'000.- francs par année. La couverture d'assurance définie en tant que « Schadensversicherung » est en français selon son libellé une assurance de dommage. A ce contrat sont applicables selon la clause « Vertragsbedingungen » (p. 5 du contrat) les « Kundeninformation nach VVG und Vertragsbedingungen für Kranken-Lohnausfallversicherung, Ausgabe 1/2007 » comme base du contrat. En français le document est intitulé « Information client selon LCA et Conditions du contrat pour Assurance perte de salaire en cas de maladie selon la LCA, Edition 1/2007 ». Ce document intégré au contrat par la clause « Vertragsbedingungen » (p. 5) constitue ainsi une partie intégrante dudit contrat (cf. Brulhart, op. cit., n°378). Le document précité est subdivisé en Information client selon la LCA, Assurance perte de salaire en cas de maladie selon la LCA et Conditions générale du contrat (CGC). La première section n'apporte pas d'élément concernant la nature des prestations. Elle précise que les droits et obligations des parties découlent de la proposition de l'offre respectivement de la police, des conditions contractuelles ainsi que des lois applicables, en particulier de la LCA [soit la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance ; RS 221.229.1]. La deuxième section comprend un chiffre 7 relatif à la Détermination des prestations assurées en fonction du gain assuré et un chiffre 8 intitulé Indemnité journalière subdivisé en 8 sous-sections dont les 4 premières (en extraits topiques) intéressent la présente affaire : 7.Détermination des prestations assurées en fonction du gain a) Est déterminant pour le calcul des prestations d'assurance le gain obtenu auprès de l'entreprise assurée. (...). b) (...) c) Pour les personnes mentionnées nommément, le montant indiqué dans la police est considéré comme gain assuré. 8. Indemnité journalière

E. 10.2

Les principes généraux de l'interprétation des contrats s'appliquent au contrat d'assurance, autant que la loi spéciale ne contient pas de dispositions particulières : l'art. 100 al. 1 LCA renvoie au droit des obligations (cf. ATF 118 II 342 consid. 1a). D'après la jurisprudence, les dispositions d'un contrat d'assurance, de même que les conditions générales qui y ont été expressément incorporées, doivent être interprétées selon les principes qui gouvernent l'interprétation des contrats (ATF 135 III 410 consid. 3.2 p. 412). Il en va de même des conditions particulières qui peuvent compléter ou déroger aux conditions générales sur certains points, prévalant ainsi sur les conditions générales, celles-ci et celles-là cédant cependant le pas aux clauses négociées (cf. Brulhart, op. cit. n° 368 s.). Lorsque des conditions générales font partie intégrante du contrat d'assurance, l'assureur manifeste la volonté de s'engager selon la teneur de ces conditions (arrêt du TF 4A.471/2015 du 21 décembre 2015 consid. 4.1). Quand l'assureur entend apporter des restrictions ou des exceptions, il lui appartient de le dire clairement (ATF 133 III 675 consid. 3.3 p. 682). Le sens d'un texte, apparemment clair, n'est pas forcément déterminant, de sorte que l'interprétation purement littérale est prohibée; il n'y a cependant pas lieu de s'écarter du sens littéral du texte adopté par les cocontractants lorsqu'il n'existe aucune raison sérieuse de penser qu'il ne correspond pas à leur volonté (ATF 133 III 61 consid. 2.2.1 p. 67; 131 III 606 consid. 4.2 p. 611 s.; 130 III 417 consid. 3.2 p. 425). Si la détermination de la commune volonté des parties est impossible, il convient de recourir au principe de la confiance (arrêts du TF 4A_451/2015 du 26 février 2016 consid. 2.2, 4A_166/2014 du 16 septembre 2014 consid. 2.2.1 ; Brulhart, op. cit., n° 390). En règle générale il faut tenir compte de la signification usuelle des termes utilisés, les expressions techniques doivent être interprétées comme peut les comprendre un laïc de bonne foi placé dans les mêmes circonstances sous réserve de tenir compte aussi des particularités et des exigences de la branche d'assurance considérée, respectivement de contrats mettant en présence des spécialistes de la branche (cf. Brulhart, op. cit. n°390). Subsidiairement, si l'interprétation selon le principe de la confiance ne permet pas de dégager le sens de clauses ambiguës, celles-ci sont à interpréter contre l'assureur qui les a rédigées, en vertu de la règle « in dubio contra assicuratorem » (ATF 122 III 118 consid. 2a p. 121; 119 II 368 consid. 4b p. 373; cf. également ATF 133 III 61 consid. 2.2.2.3 p. 69). Selon la jurisprudence et la doctrine, pour que cette règle trouve à s'appliquer, il ne suffit pas que les parties soient en litige sur la signification à donner à une déclaration; encore faut-il que celle-ci puisse être comprise de différentes façons (« zweideutig ») et qu'il soit impossible de lever le doute créé par les moyens d'une interprétation ordinaire (ATF 122 III 118 consid. 2d; 118 II 342 consid. 1a p. 344; 100 II 144 consid. 4c; 99 II 290 consid. 5 ; arrêts du TF 5C.15/2007 du 13 septembre 2007 consid. 3.1, 5C.208/2006 du 8 janvier 2007 consid. 2).

E. 10.3

Il appert des termes de la police d'assurance conclue que celle-ci, pour la couverture des cas de maladies, est de type « Taggeld (BVG-Produkt) (Schadensversicherung) » (cf. page 3 de la copie de la police d'assurance ; trad. : Indemnités journalières [Produit LPP] [Assurance-dommage]), soit selon une interprétation littérale, de laquelle il n'y a pas lieu de s'écarter, une police couvrant le risque de dommage de perte de gain selon le mode des assurances-dommages, dépendant d'un dommage effectif (la perte de gain) contrairement à l'assurance de somme où la prestation assurée est due dès l'instant de la réalisation du risque (perte ou diminution de la capacité de travail médico-théorique) assuré (cf. arrêt du TF

4A_451/2015 du 26 février 2016 consid. 2.3). Dans le cadre de l'assurance-dommages la perte patrimoniale effective est une condition autonome du droit aux prestations (cf. ATF 119 II 361 consid. 4), ce qui implique la prise en compte du dommage et de tout élément qui aurait été propre à diminuer celui-ci dont l'évaluation et la prise en compte dans chaque cas, au titre de la diminution du dommage, de la capacité de travail résiduelle. La désignation claire « Schadensversicherung » (assurance-dommages) en page 3 de la police fait référence à un dommage subi et a pour effet de rendre applicable, vu la clause « Vertagsbedingungen » de la page 5 de la police (cf. supra le consid. 10.2 in initio relativement à l'intégration au contrat des CGC et des conditions particulières), du chiffre 8 Indemnité journalière de la section Assurance perte de salaire en cas de maladie selon la LCA, le chiffre 8.1 Droit (règlement assurance dommages) qui est suivi des chiffres 8.2 Prestations de tiers et 8.3 Avances : conditions et droit de restitution ou de compensation. Il ne peut être mis en doute que les chiffres 8.2 et 8.3 s'appliquent en complément du chiffre 8.1 dans le sens de la diminution du dommage. Le chiffre 8.4 Droit (règlement assurance de sommes), vu que la police n'indique pas une indemnité journalière en référence nommément à l'intéressé (cf. infra consid. 10.4.1 in fine), n'est aucunement applicable. La formulation du contrat intitulé « B. _____ Business Kranken- Lohnausfallversicherung » (page 1 de la police) ne permet ainsi pas de comprendre de la police l'allocation d'une prestation indépendante d'un dommage effectif subi sur le plan économique, vu le terme « Schadensversicherung » employé (page 3 de la police). Ni le contrat ni les conditions générales applicables 1/2007 de la police ne permettent de clarifier les raisons de l'indication de « BVG-Produkt » et non « KVG-Produkt » ou « BVG-Produkt » et « KVG-Produkt » sur la police (cf. page 3 de la police). Le chiffre 8.8. précise toutefois que pour le produit LPP une incapacité de travail de moins de 25% ne donne droit à aucune prestation alors que pour le produit LAMal ce taux est porté à 50%. En l'occurrence vu la dénomination « BVG-Produkt » en page 3 de la police une indemnisation intervient dans le cadre de la présente police dès une incapacité de travail de 25%. Cette observation est toutefois sans pertinence sur la qualification de la nature du contrat et de la prestation assurée. Dans les deux cas les prestations contractuelles de la B. _____ Assurances sont complémentaires selon le chiffre 8.2 de la section Assurance perte de salaire en cas de maladie selon la LCA (« B. _____ complète ces prestations de tiers »), que le produit soit de type LPP ou LAMal, ce qui suppose que l'assuré ayant droit ne peut sur la base de ce contrat prétendre à une double indemnisation (B. _____ et AI) en parallèle contrairement à ce que pourrait permettre une assurance de somme (cf. Brulhart, op. cit., n° 1071).

E. 10.4.1

Dans son recours l'intéressé ne critiqua aucune formulation du contrat comme n'étant pas claire, prêtant à confusions ou pouvant se comprendre en différents sens. Au contraire Il souligna être au bénéfice d'une assurance de somme vu le mode de décompte des indemnités journalières qui lui a été appliqué, qu'en l'occurrence la B. _____ Assurances avait pris pour base un revenu de 150'000.- francs auquel elle avait appliqué un taux d'indemnité contractuel de 80% divisé par 365 jours déterminant l'indemnité journalière de 328.767 francs par jour. Il joignit à son recours un décompte d'indemnité de l'assureur du 23 septembre 2014 pour le mois de septembre 2014 retenant un montant journalier de 328.77.- francs. Le Tribunal de céans ne peut retenir le décompte établi effectivement sur une base de 150'000.- francs à 80% comme preuve d'une police d'assurance de somme car le montant de l'indemnité journalière ne résulte pas des bases contractuelles de la police d'assurance qui aurait établi une indemnisation à hauteur de 80% d'un revenu conventionnel assuré in casu

de 150'000.- francs, comme cela est généralement la pratique en matière d'assurance de somme sous réserve que le montant assuré soit en adéquation avec le revenu effectif annuel (Brulhart, op. cit., n° 144, 1074). L'indemnisation a été déterminée comme la police le prévoit par la prise en compte d'une indemnisation de la perte de gain au maximum à 80% d'au plus (« höchstens ») 300'000.- francs selon ce qui suit. Elle n'est pas intervenue en référence à un gain assuré d'un intéressé nommément désigné dans la police d'assurance (cf. les art. 7 let. c et 8.4 CGC). Le contrat ne mentionne pas l'intéressé nommément et n'indique ainsi pas non plus un gain assuré fixe pour lui. Selon un document intitulé « Assurance maladie "B. _____" contrat collectif n° 14.332.286 », valable dès le 1er janvier 2013, le 80% du salaire AVS de l'année précédant, pour les agents nouveaux ou travaillant irrégulièrement les trois derniers mois à l'assurance, sont déterminants (annexe 2 au recours dans la cause C-3593/2016). Or selon le CI de l'intéressé ses revenus inscrits en 2012 et 2013 étaient respectivement de 94'935.- et 48'326.- francs (cf. annexe à la réponse au recours de l'OAIÉ dans la cause C-3593/2016). Pour l'année 2013 le montant retenu par B. _____ Assurances l'a été sur la base du salaire AVS communiqué par l'employeur pour les mois de janvier à mai, document mentionnant une activité effective jusqu'au 3 avril 2013 (l'intéressé fut victime d'un accident le 4 avril 2013, ce qui suppose une activité exercée 3 mois et 3 jours en 2013) et l'indication que la personne assurée sans atteinte à la santé gagnerait dans son ancienne activité 150'000.- francs par année (voir pce 54 p. 7 du dossier C-3593/2016 [signée de F. _____ SA en date du 20 mai 2014]). Il appert de ce qui précède que le revenu pris en compte par l'assureur B. _____ Assurances pour le calcul des indemnités journalières s'est fondé de son appréciation sur l'indication des 150'000.- francs communiqués par l'employeur, mais ce montant ne saurait être retenu comme déterminant une assurance de somme fixe car aucun document de cet assureur ne le mentionne comme tel par une convention accessoire dérogeant à la police d'assurance (de dommages) n° 14.332.286. Par ailleurs l'intéressé n'est pas mentionné dans le contrat nommément avec l'indication d'un gain assuré (cf. le ch. 7 let. c de la deuxième section et la police). Il s'ensuit de ce qui précède, sur la base de la police d'assurance conclue « Schadensversicherung », que le chiffre 13 des Conditions générales du contrat auquel se réfère le recourant qui a traité à l'assurance de somme n'est pas applicable. Dans cette section seul est applicable le chiffre 12 qui concerne l'assurance dommages, lequel prévoit la prise en compte des prestations de tiers selon les chiffres 8.2 et 8.3.

E. 10.4.2

Il sied de relever qu'il arrive fréquemment, en pratique, que des indépendants soient au bénéfice d'une assurance perte de gain contre la maladie. Ces formes d'assurance font parfois mention de garanties en cas d'incapacité de travail. Elles peuvent se concevoir alors comme une forme d'assurance de somme (cf. Brulhart, op. cit., n°1074). Dans la police dont il est question ce n'est pas l'incapacité de travail qui est assurée mais le gain manqué dans le cadre d'une « Schadensversicherung » applicable aux « Aussendienstmitarbeiter » de F. _____ SA (cf. page 3 de la police). Or l'intéressé, lors de la réalisation du risque assuré, n'était pas un indépendant mais bien un salarié du service externe de F. _____ SA comme il l'a revendiqué et ce qui a été reconnu dans la cause C-3593/2016 par le Tribunal de céans.

E. 10.5

Vu ce qui précède la nature de la police n° 14.332.286 de la B. _____ Assurances d'indemnités journalières maladie, conclue par cet assureur et F. _____ SA, est bien celle d'une assurance-dommage.

E. 11.1

La nature de police d'assurance établie, il reste à examiner à l'aune des art. 22 al. 2 LPGA et 85bis RAI (voir supra le consid. 6) si le contrat, respectivement les conditions générales du contrat (CGC) y intégrées le régissant dès sa conclusion (cf. supra consid. 6.3.2 in fine), contient une clause sans équivoque permettant à l'autorité inférieure le versement des arrérages de rentes à hauteur des prestations de l'AI pour la période revendiquée à la B._____ Assurances, cette dernière pouvant ainsi se prévaloir d'un droit direct, malgré l'absence de consentement de la part du recourant. Au chiffre 8.2 de la section Assurance perte de salaire en cas de maladie selon la LCA (cf. supra consid. 10.1) B._____ énonce clairement que les prestations « Produit LPP » et « Produit LAMal » « complètent » les « prestations d'assurances sociales (par ex. assurances fédérales vieillesse, invalidité, [...]) » à concurrence du montant des prestations assurées dans le contrat. Le terme « complète » exclut une double prestation de B._____ et d'une assurance sociale, soit une surassurance. Au chiffre 8.3 suivant il est énoncé que « Dans le cadre de la prestation assurée en vertu du présent contrat, B._____ fait, le cas échéant, une avance sur le droit à la rente - non encore versée ou dont le montant n'a pas encore été déterminé - envers des assurances sociales suisses (...), pour autant que la personne assurée ou l'ayant droit effectue toutes les démarches permettant à B._____ de faire valoir directement son droit de restitution ou de compensation auprès des assurances sociales suisses (...). ». La disposition emploie la formulation « avance sur le droit à la rente (...) envers des assurances sociales suisses » et la formulation « permettant à B._____ de faire valoir directement son droit de restitution ou de compensation auprès des assurances sociales suisses » englobant ainsi l'assurance-invalidité mentionnée expressément au ch. 8.2 des CGC. Le terme « avance » fait référence au versement anticipé par B._____ Assurances de ce qui sera versé par l'AI relativement à la période de ses propres prestations, ceci rend déterminable le montant pouvant être compensé, soit celui des rentes versées (notamment) par l'AI, et la période permettant la compensation. La formulation « permettant à B._____ de faire valoir directement son droit de restitution » énonce de manière non équivoque le droit pour l'assureur de percevoir « directement » in casu de l'assurance-invalidité le montant correspondant à l'avance des prestations effectuées par cet assureur. Le droit de remboursement envers l'AI est direct, il n'est pas dirigé envers l'assuré, il découle expressément des CGC intégrées au contrat (cf. supra consid. 6.3.2). Selon l'art. 85bis al. 2 let. b RAI sont considérées comme une avance les prestations versées contractuellement ou légalement pour autant que le droit au remboursement en cas de paiement d'une rente, puisse être déduit sans équivoque du contrat ou de la loi. En l'espèce et ainsi démontré tel est le cas des chiffres 8.2 et 8.3 des CGC applicables à la police d'assurance. Dans le champ d'application de l'art. 85bis RAI une cession de créance n'est pas requise car le droit au remboursement légal des prestations avancées du tiers requérant et la réciprocité exigée des créances pour une compensation sont données par la loi (ATF 136 V 381 consid. 4.1 et les références ; Jean-Louis Duc / Corinne Monnard Séchaud, L'assurance-invalidité, in : Ulrich Meyer (Edit.), Soziale Sicherheit Sécurité sociale, 3e éd. 2015, p. 1602 spéc. note 619 ; supra consid. 6.3.2). Le consentement de l'assuré est remplacé par un droit au remboursement « sans équivoque » de l'assureur. En l'espèce il ne fait pas de doute que les CGC prévoient un remboursement des avances effectuées par l'assureur perte de gain fondant un droit direct de l'assureur perte de gain au remboursement de ses prestations. Il n'y a rien d'insolite à ce qu'il soit retenu des formulations des CGC que celles-ci incluent la cession - bien limitée au montant de la surindemnisation - de l'ensemble des droits dont la

personne assurée peut disposer à l'égard de l'Assurance-invalidité et, partant, le droit pour l'assureur de se faire rembourser directement, par la voie de la compensation, les avances qu'il a effectuées (voir ég. l'arrêt du TF 9C_488/2010 du 16 août 2010, l'intéressé n'ayant pas non plus donné préalablement son consentement). Il sied de relever qu'une solution semblable a également été retenue par le Tribunal fédéral s'agissant d'une assurance perte de gain ayant été qualifiée d'assurance de somme (cf. pour les critères l'ATF 133 III 527 consid. 3.2.4 s.) prévoyant dans les conditions générales d'assurance applicables audit contrat le droit pour l'assureur d'imputer sur les indemnités journalières les rentes effectivement servies par une assurance sociale, l'assuré ne pouvant pas empêcher l'avènement de cette condition par exemple en refusant de déposer une demande de prestations auxquelles il aurait droit (cf. ATF 133 III 527 spéc. consid. 3.2 et 3.3). C'est dire que les formulations claires des conditions générales ont le pas sur la dénomination (éventuellement ambiguë) de la police d'assurance.

E. 11.2

Partant en présence d'un contrat d'assurance d'indemnité journalière perte de gain de type assurance de dommages comme en l'espèce (p. 3 s. de la police d'assurance « Schadensversicherung ») prévoyant sans équivoque (cf. les consid. 6.3.1 et 6.3.2 supra) le versement des arrérages de rentes à l'assureur B._____ Assurances, soit le remboursement « directement » à l'assureur des avances faites par l'assureur perte de gain à l'assuré (ch. 8.2 ainsi que 8.3 de la section « Assurance perte de salaire en cas de maladie selon la LCA » des dispositions applicables au contrat de police d'assurance, Ed. 1/2007), l'assureur AI est en droit, contrairement à ce que soutient à tort le recourant, de procéder au versement des arrérages de rentes correspondant à la période pendant laquelle l'assureur a avancé les prestations. Le fait que l'assuré n'a pas donné après la survenance du cas d'assurance son accord audit versement par écrit n'y change rien, parce qu'une telle cession, comme il l'a été exposé, n'est pas requise dans le champ d'application en particulier de l'art. 85bis al. 2 let. b RAI (ATF 136 V 381 consid. 4.1 et les références ; cf. supra consid. 6.3.2).

E. 12.1

Vu ce qui précède le Tribunal de céans peut, sur la base des pièces au dossier et notamment du contrat « B._____ Business Kranken- Lohnausfallversicherung » du 5 octobre 2011, confirmer - dans son principe - le bien-fondé de la décision de l'autorité inférieure du 30 novembre 2016 de procéder à un versement direct d'égal montant d'arrérages de rentes portant sur la période du 1er septembre 2014 au 30 septembre 2015 en faveur de la B._____ Assurances ayant effectué en faveur de l'assuré une avance des rentes d'invalidité portant sur la période précitée.

E. 12.2

Cependant l'intéressé a réservé la prise en compte de la revalorisation de son compte individuel (CI) demandé en juin 2016. Cette demande intervenue par recours du 6 juin 2016 (cf. supra C) a fait l'objet de l'arrêt du Tribunal de céans C-3593/2016 du 23 août 2017 qui admit partiellement le recours dans la mesure de sa recevabilité et renvoya le dossier à l'autorité inférieure pour la revalorisation du CI de l'intéressé selon les considérants et pour une détermination exacte des revenus des années 2012 et 2013 devant être pris en compte pour le calcul du taux d'invalidité de l'assuré (cf. consid. 8.5 de l'arrêt C-3593/2016). Or cas échéant les nouveaux montants déterminés pour les années 2012 et 2013, non connus au moment du prononcé du présent arrêt, pourront avoir une incidence notable sur le taux

d'invalidité de l'assuré établi à 51% dans la décision du 10 mai 2016 annulée ayant octroyé une demi-rente avec effet rétroactif au 1er septembre 2014. Si la différence entre les montants de revenus 2012 et 2013 retenus en 2016 par rapport à ceux nouvellement établis pour les années 2012 et 2013 devait être importante, le taux d'invalidité de l'intéressé nouvellement établi pourra donner lieu à une rente inférieure ou supérieure à la demi-rente d'invalidité allouée et ainsi avoir une incidence sur le montant du remboursement à l'assureur perte de gain.

E. 12.3

Partant le recours est partiellement admis et le dossier est retourné à l'autorité inférieure afin qu'elle rende une nouvelle décision de remboursement direct à la B. _____ assurances des avances de prestations de rentes d'invalidité une fois connus les revenus des années 2012 et 2013 pris en compte dans le cadre du nouveau calcul du taux d'invalidité de l'assuré.

E. 13

Dans ses écritures finales, le recourant s'est plaint que son dossier n'a pas été traité avec diligence et qu'il n'a pas eu les réponses auxquelles il était en droit d'obtenir avant que la décision ne soit rendue, laquelle n'a d'ailleurs pas été motivée s'agissant de son grief. Il a conclu à l'octroi de dommages et intérêts indiquant avoir été traité de manière vexatoire et discriminatoire. Selon l'art. 78 al. 1 LPGA, auquel renvoie l'art. 66 LAI, les corporations de droit public, les organisations fondatrices privées et les assureurs répondent, en leur qualité de garants de l'activité des organes d'exécution des assurances sociales, des dommages causés illicitement à un assuré ou à des tiers par leurs organes d'exécution ou par leur personnel. Cette disposition suppose qu'une personne assurée ou un tiers ait subi un dommage (arrêt du TF I 361/06 du 18 octobre 2006 consid. 5). L'art. 78 al. 2 LPGA indique que l'autorité compétente rend une décision sur les demandes en réparation. En matière d'assurance-invalidité, l'art. 59a LAI prévoit à cet effet que les demandes en réparation doivent être présentées à l'office AI, qui statue par décision. Partant le Tribunal de céans n'entre pas en matière sur ce grief. Il s'ensuit des dispositions précitées qu'il appartient cas échéant à l'intéressé dans la mesure de l'existence d'un dommage, de s'adresser directement à l'autorité inférieure qui rendra une décision sur ses prétentions, laquelle sera sujette à recours.

E. 14.1

La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestation de l'AI est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000.- francs. Les frais de procédure peuvent être remis totalement ou partiellement lorsque pour des motifs ayant trait au litige ou à la partie en cause, il ne paraît pas équitable de mettre les frais de procédure à la charge de celle-ci (art. 6 let. b du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). En l'espèce, étant donné que la décision attaquée ne contenait aucun décompte ni aucune motivation de la compensation à part la seule indication d'une compensation fondée sur l'art. 22 al. 2 LPGA sans autre détermination, il sied de relever que l'intéressé a dû interjeter recours contre la décision du 30 novembre 2016 pour obtenir une réponse à son grief selon lequel il était selon lui au bénéfice d'une assurance de somme. Dans ces circonstances, bien que l'assuré ait partiellement gain de cause dans le sens de l'annulation de la décision attaquée et d'un

renvoi du dossier à l'autorité inférieure pour nouvelle décision de remboursement direct à la B._____ Assurances après connaissance du taux d'invalidité à prendre en compte, il ne saurait lui être mis des frais de procédure à sa charge.

E. 14.2

Aucun frais de procédure n'est mis à la charge de l'autorité inférieure (cf. art. 63 al. 2 PA).

E. 14.3

Conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2), le Tribunal alloue à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés par le litige. En matière d'assurances sociales a obtenu gain de cause la partie dont l'issue de la procédure de recours l'a placée dans une situation de droit préférable à celle résultant de la fin de la procédure administrative ou dont l'issue du recours est un renvoi à l'autorité inférieure pour complément d'instruction et nouvelle décision (ATF 117 V 401 consid. 2c, ATF 132 V 215 consid. 6.2 ; voir aussi TF 9C_846/2015 consid. 3 et 9C_654/2009 consid. 5.2). En l'espèce, le recourant a interjeté recours par lui-même sans se faire représenter. Il ne peut être retenu qu'il a eu concrètement des frais indispensables et relativement élevés au sens de l'art. 64 al. 1 PA. Il ne lui est pas alloué de dépens. (Le dispositif figure sur la page suivante)

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