GE_GERICHTE ATAS/583/2018 vom 21. Juni 2018

GE Cour de justice, 2018-06-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_583_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/583/2018 du 21 juin 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/583/2018 del 21 giugno 2018

Erwägungen

E. 1

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

E. 2

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions

A/3253/2016 - 9/22 - correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

E. 3

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).

E. 4

A titre préalable, il convient d'examiner si la décision directement adressée à la recourante a été régulièrement notifiée. a. Selon l'art. 37 LPGA, une partie peut, en tout temps, se faire représenter, à moins qu'elle ne doive agir personnellement, ou se faire assister, pour autant que l'urgence d'une enquête ne l'exclue pas (al. 1). Tant que la partie ne révoque pas la procuration, l'assureur adresse ses communications au mandataire (al. 3). Il s'agit là d'un principe général du droit des assurances sociales, commandé par la sécurité du droit, qui est utilisé pour éliminer tout doute quant à la question de savoir si la communication a été envoyée à la partie elle-même ou à son représentant ainsi que pour clarifier quelles sont les communications déterminantes pour le calcul du délai de recours (ATF 99 V 177 consid. 3; SVR 2009 UV n° 16 p. 62; RAMA 1997 n°U 288 p. 442 consid. 2b). La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé (art. 49 al. 3, 3ème phrase LPGA). Cependant, la jurisprudence n'attache pas nécessairement la nullité à l'existence de vices dans la notification; la protection des parties est suffisamment garantie lorsque la notification irrégulière atteint son but malgré cette irrégularité. Il y a lieu d'examiner, d'après les circonstances du cas concret, si la partie intéressée a réellement été induite en erreur par l'irrégularité de la notification et a, de ce fait, subi un préjudice (ATF

122 I 99 consid. 3a/aa; ATF 111 V 150 consid. 4c et les références; RAMA 1997 n° U 288 p. 444 s. consid. 2b/bb; ZBl 95/1994 p. 530 consid. 2). b. En l'espèce, bien que le mandataire se soit constitué pour la défense de la recourante en précisant, le 11 mai 2016, que sa mandante faisait élection de domicile en son étude, l'intimé a notifié sa décision du 25 août 2016 directement à l'assurée. Partant, cette notification est effectivement irrégulière. Cependant, cette irrégularité n'a porté aucun préjudice à la recourante, dès lors qu'elle a transmis la décision en question à son conseil, qui a pu en prendre connaissance durant le délai de recours (cf. courrier du conseil du 5 septembre 2016 à l'intimé). Il s'ensuit que la décision litigieuse ne peut être annulée pour ce motif.

E. 5

Le litige porte, d'une part, sur le bien-fondé de la décision de l'intimé de limiter le droit de la recourante à une rente entière au 28 février 2015, d'autre part, sur le bien-fondé de la compensation d'une partie du montant dû à titre rétroactif à la recourante par l'assurance-invalidité avec la créance invoquée par l'appelé en cause.

E. 6

Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la

 réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA. L'art. 17 al. 1er LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; ATF 113 V 273 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid 2.2). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1).

E. 7

a. Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en

vigueur dès le 1er janvier 2008). Depuis le 1er janvier 2004, l’assuré a droit à une rente entière s’il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s’il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s’il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 2 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont

A/3253/2016 - 11/22 - les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L’atteinte à la santé n’est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l’assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). b. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l’art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l’art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d’un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l’assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l’assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c in fine). Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée. Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d’un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

E. 8

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une

révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en

A/3253/2016 - 12/22 - comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a ainsi posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 consid. 3). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

A/3253/2016 - 13/22 - En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF

122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

E. 9

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.58/01 du 21 novembre 2001 consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

E. 10

Enfin, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d’être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c’est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu’un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n’existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l’administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l’assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

E. 11

En l’espèce, l’intimé, se fondant sur les conclusions des Drs I_____ et J_____, du SMR, considère que la recourante a recouvré une pleine capacité de travail à compter de novembre 2014, date à laquelle son état de santé se serait amélioré, ce que l’intéressée conteste. Il n’est ni contesté, ni contestable, au vu des pièces versées au dossier, qu'en raison de ses atteintes somatiques, la recourante est dans l’incapacité totale d’exercer son activité habituelle depuis le 15 novembre 2011. Dans leur rapport du 12 octobre 2015, les examinateurs du SMR ont retenu des douleurs mécaniques de la cheville droite, dans un contexte de vraisemblable syndrome du sinus du tarse. S’ils ont également mentionné un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) et un trouble dépressif récurrent, actuellement en

rémission (F33.4), ils les ont considérés comme non invalidants. Sur le plan somatique, les médecins ont retenu une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée dès le 27 février 2012, de 0% à nouveau, du 4 juillet au 1er septembre 2013, puis de 100%. Sur le plan psychique, ils ont évalué la capacité de travail à 50% du 19 septembre au 31 octobre 2014. Ces conclusions ne peuvent être suivies pour les raisons qui suivent. Sur le plan somatique, le diagnostic posé par le Dr I_____ "des douleurs mécaniques de la cheville droite, dans un contexte de vraisemblable syndrome du sinus du tarse" - manque à l'évidence de précision. On peine d'ailleurs à comprendre pour quelles raisons le Dr I_____, spécialiste en rhumatologie, médecine physique et réadaptation, a été chargé d'examiner la recourante, alors que celle-ci présente une atteinte particulière à la cheville essentiellement connue des chirurgiens orthopédistes (rapport du Dr C_____ du 27 juillet 2012, p. 6), raison pour laquelle l'ensemble des médecins ayant suivi la recourante est au bénéfice de cette spécialisation (la Dresse G_____, le Dr F_____ et le Dr C_____). Par ailleurs, alors que le Dr C_____ a indiqué, dans son rapport du 27 juillet 2012, que l'état de santé de la recourante ne permettait pas une reprise immédiate du travail, même à temps partiel ou dans une activité adaptée (p. 6), le Dr I_____ a retenu, à compter de la date de ce rapport, une capacité de travail totale dans une activité adaptée (rapport du 12 octobre 2015 p. 11). De la même manière, l'examinateur du SMR a considéré, en se référant uniquement au rapport du Dr F_____ du 26 août 2013, une pleine capacité de travail à compter du 2 septembre 2013, suite à l'intervention chirurgicale pratiquée le 4 juillet 2013. Or, force est de constater que dans le rapport précité, le Dr F_____ n'a fait état que d'une reprise "estimée" au 2 septembre 2013. Il s'agissait donc là que d'une hypothèse qui ne s'est pas concrétisée puisque le Dr F_____, en date du 27 novembre 2013, a conclu qu'une activité adaptée n'était toujours pas envisageable. Enfin, dans la mesure où l'assurée a été suivie par le Dr F_____ jusqu'en juillet 2015, puis par le Dr L_____ (rapport d'examen du 12 octobre 2015 p. 4), on déplorera que le Dr I_____ n'ait pas jugé utile d'obtenir auprès de ces deux médecins des renseignements sur l'évolution des

 troubles à la cheville droite, d'autant plus que le dernier rapport en sa possession remontait au 22 octobre 2014. Sur le plan psychique, il apparaît qu'au moment où le Dr J_____ a examiné la recourante, celle-ci consultait, depuis le 14 avril 2015, le Dr J_____ une fois par semaine. Si l'examinateur s'est certes référé à un rapport établi le 28 août 2015 par ce psychiatre, il n'en demeure pas moins qu'en l'absence dudit rapport, la Cour de céans n'est pas en mesure de se déterminer sur les conclusions prises par le Dr J_____. Quoi qu'il en soit, ce dernier aurait dû, avant de rendre lesdites conclusions, se renseigner auprès du psychiatre et du médecin traitant concernant l'évolution de l'état de santé de l'assurée postérieurement au suivi effectué par la Dresse H_____. En l'absence de ces informations, on peine à comprendre comment le Dr J_____ a pu arriver à la conclusion que la capacité de travail de la recourante était restée totale depuis novembre 2014. Au vu de ce qui précède, le rapport du 12 octobre 2015 des examinateurs du SMR, sur lequel s'est fondé l'intimé pour rendre la décision litigieuse, ne revêt pas la valeur probante requise par la jurisprudence. On ajoutera encore qu'il résulte des pièces versées à la procédure que des investigations complémentaires de la cheville et de l'arrière pied droits de la recourante ont été effectuées à la demande du Dr F_____ le 7 juillet 2016, soit antérieurement à la décision litigieuse du 25 août 2016, de sorte qu'elles doivent être prises en compte dans l'appréciation de la capacité de travail de la recourante. Par ailleurs, on notera que, lors de l'examen par le SMR en septembre 2015, la recourante expliquait aimer sortir et faire les courses avec son mari (rapport du 12 octobre 2015, p. 6), alors qu'au début de l'année 2016,

elle expliquait ne plus le faire, parce qu’elle ressentait moins l'envie de sortir (rapport d'enquête économique sur le ménage du 23 février 2016, p. 5), ce qui laisse supposer une possible péjoration de l’état de santé psychique. Compte tenu de ce qui précède, en l’absence d’une appréciation médicale suffisamment convaincante sur le point de savoir si et dans quelle mesure la capacité de travail de la recourante s'est effectivement améliorée à compter du 1er novembre 2014, il se justifie de renvoyer la cause à l’office intimé pour qu’il procède à une instruction complémentaire, sous la forme d’une expertise confiée à un chirurgien orthopédique et un psychiatre. Un renvoi à l'administration se justifie d'autant plus, en l'occurrence, qu'aucune expertise n'a encore été mise en œuvre. Cela donnera également l’occasion à l'expert psychiatre de se déterminer sur la capacité de travail de la recourante sur la base des indicateurs établis par le Tribunal fédéral pour l'appréciation du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, conformément à la jurisprudence récente. Pour ce motif déjà, la décision litigieuse sera annulée.

A/3253/2016 - 16/22 -

E. 12

Il convient encore d'examiner si c'est à juste titre que l'intimé a déduit du rétroactif de rentes dû à la recourante le montant de CHF 9'193.55, versé en faveur de l'appelée en cause.

E. 13

a/aa. À teneur de l’art. 68 LPGA, sous réserve de surindemnisation, les indemnités journalières et les rentes de différentes assurances sociales sont cumulées. Il y a surindemnisation dans la mesure où les prestations sociales légalement dues dépassent, du fait de la réalisation du risque, à la fois le gain dont l’assuré est présumé avoir été privé, les frais supplémentaires et les éventuelles diminutions de revenu subies par les proches (art. 69 al. 2 LPGA). En cas de surindemnisation provenant du cumul d’indemnités journalières et d’une rente, ce sont les premières qui sont réduites jusqu’à concurrence de la limite de la surindemnisation (art. 69 al. 3 LPGA a contrario ; arrêt du Tribunal fédéral K 73/05 du 21 décembre 2005 consid. 2.2). a/bb. A teneur de l’art. 20 al. 2 let. c de la loi fédérale sur l’assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (LAVS - RS 831.10), applicable vu le renvoi de l’art. 50 al. 2 LAI, les créances en restitution des rentes et indemnités journalières de l'assurance-maladie notamment peuvent être compensées avec des prestations échues. Dans ce contexte, il est de jurisprudence constante qu’une compensation fondée sur l’art. 20 al. 2 let. c LAVS ne peut être invoquée pour une demande de restitution d’indemnités journalières ne se fondant pas sur la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10) mais sur une base contractuelle soumise à la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d’assurance, LCA - RS 221.229.1; arrêt du Tribunal fédéral I 632/03 du 9 décembre 2005 consid. 3.1). Dans un tel cas, les demandes de compensation sont régies par les dispositions concernant les tiers ayant fait des avances et plus particulièrement par l’art. 22 al. 2 LPGA (Michel VALTERIO, Droit de l’assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l’assurance-invalidité (AI), 2011, n. 3334 p. 897). b. En l’espèce, la demande de compensation émane de l’assureur perte de gain et se fonde sur une base contractuelle soumise à la LCA, plus particulièrement sur l’art. 9 des CGA. Par conséquent, au vu des textes clairs des art. 68 et 69 LPGA ainsi que de l’art. 20 al. 2 LAVS, ces dispositions ne trouvent pas application en l’espèce, dans la mesure où il n’y a pas concours de prestations de différentes assurances sociales, l’assureur perte de gain agissant en réalité en qualité d’assurance privée. C’est

ainsi sous l’angle de l’art. 22 LPGA qu’il convient d’examiner la demande de compensation litigieuse.

E. 14

a. L'art. 22 al. 1 LPGA prévoit que le droit aux prestations est incessible; il ne peut être donné en gage. Toute cession ou mise en gage est nulle. En revanche, selon l’art. 22 al. 2 LPGA, les prestations accordées rétroactivement par l'assureur social peuvent être cédées :

A/3253/2016 - 17/22 - (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. b/aa. À teneur de l'art. 85bis al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l’assurance- invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), dont la base légale est l'art. 22 LPGA, les employeurs, les institutions de prévoyance professionnelle, les assurances-maladie, 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. Est cependant réservée la compensation prévue à l’art. 20 LAVS. 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. A noter que ce régime n'a pas été modifié par l'entrée en vigueur de l'art. 22 al. 2 LPGA (arrêts du tribunal fédéral 9C_731/2010 du 20 juin 2011 consid. 3 et I 518/05 du 14 août 2006, in SVR 2007 IV n° 14 p. 52). b/bb. En vertu de l’art. 85bis al. 2 RAI, sont considérées comme des avances : (a) les prestations 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) celles 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. À noter qu’il est de jurisprudence constante que les prestations des assurances indemnités journalières conclues par un employeur en faveur de son personnel conformément à la LCA sont des prestations au sens de l'art. 85bis al. 2 RAI (arrêt du Tribunal fédéral 9C_926/2010 consid. 4.2 et les références citées). b/cc. Les arrérages de rente 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 (art. 85bis al. 3 RAI). c. Les avances librement consenties selon l'art. 85bis al. 2 let. a RAI supposent le consentement écrit de la personne intéressée pour que le créancier puisse en exiger le remboursement. Dans l'éventualité de l'art. 85bis al. 2 let. b RAI, le consentement n'est pas nécessaire, celui-ci étant remplacé par l'exigence d'un droit au remboursement « sans équivoque ». Pour que l'on puisse parler d'un droit non équivoque au remboursement à l'égard de l’assurance-invalidité, il faut que le droit direct au remboursement découle expressément d'une norme légale ou contractuelle (voir par exemple VSI 2003 p. 265, I 31/00; ATF 136 V 381 consid. 5.1.1; ATF 135 V 2 consid. 6.1.2; ATF 133 V 14 consid. 8.3 ; ATF 131 V 249 consid. 6.2).

A/3253/2016 - 18/22 - d. D’après les directives concernant les rentes dans l’assurance-vieillesse, survivants et invalidité fédérale (DR), sont considérées comme prestations susceptibles d’être restituées directement au tiers ayant fait des avances celles intervenues contractuellement ou légalement et pour autant que le droit au remboursement puisse être déduit sans équivoque du contrat ou de la loi, en cas de paiement rétroactif de la rente. A cet égard, une clause de surassurance seule découlant d’un contrat ou de la loi ne

suffit toutefois pas (nos10065 et 10067). Font partie des prestations contractuelles notamment celles qui sont versées sur la base des conditions générales d'une assurance collective pour des indemnités journalières (n°10068). L'accord écrit de l'assuré(e) est nécessaire dans tous les cas où la loi ou le contrat ne contient pas de disposition expresse stipulant un droit d'obtenir le remboursement des avances directement de l'AVS ou de l'AI (n°10069). Des demandes de versements rétroactifs présentées par des tiers ayant consenti des avances ne peuvent être acceptées que si toutes les conditions formelles et matérielles pour un remboursement direct sont remplies (n°10073). e. En matière d'assurances complémentaires, les parties sont liées par l'accord qu'elles ont conclu dans les limites de la loi, les caisses-maladie pouvant en principe édicter librement les dispositions statutaires ou réglementaires dans les branches d'assurances complémentaires (ATAS/1104/2006). La LCA ne contient pas de règles d'interprétation des contrats. Comme elle renvoie au code des obligations pour tout ce qu'elle ne règle pas elle-même (art. 100 al. 1 LCA), la jurisprudence en matière de contrat est applicable. Il s'ensuit que, lorsqu'il s'agit de déterminer le contenu d'un contrat d'assurance et des conditions générales et/ou particulières qui en font partie intégrante, le juge doit, comme pour tout autre contrat, tout d'abord s'efforcer de déterminer la commune et réelle intention des parties, sans s'arrêter aux expressions ou dénominations inexactes dont elles ont pu se servir, soit par erreur, soit pour déguiser la nature véritable de la convention (art. 18 al. 1 du Code des obligations du 30 mars 1911, CO ; RS 220). Lorsqu'un assureur, au moment de conclure, présente des conditions générales, il manifeste la volonté de s'engager selon les termes de ces conditions; lorsqu'une volonté réelle concordante n'a pas été constatée, il faut se demander comment le destinataire de cette manifestation de volonté pouvait la comprendre de bonne foi (ATF 135 III 410 consid. 3.2 ; ATF 133 III 675 consid. 3.3). A cet égard, les conditions générales, lorsqu'elles ont été incorporées au contrat, en font partie intégrante; elles doivent être interprétées selon les mêmes principes que les autres dispositions contractuelles (ATF 133 III 675 consid. 3.3; ATF 122 III 118 consid. 2a). De façon subsidiaire, lorsqu'il subsiste un doute sur leur sens, les dispositions exclusivement rédigées par l'assureur, ainsi les conditions générales pré-formulées, sont à interpréter en défaveur de leur auteur, conformément à la règle des clauses ambiguës (« in dubio contra stipulatorem »; « Unklarheitsregel ») (arrêt du Tribunal fédéral 4C.208/2006 du 8 janvier 2007, consid. 3.1; ATF 122 III 118 consid. 2a).

A/3253/2016 - 19/22 - 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 autrement le doute créé, faute d'autres moyens d'interprétation (arrêt du Tribunal fédéral B 56/03 du 2 décembre 2003 consid. 3.6; ATF 122 III 124 consid. 2d). f. Au surplus, dans un arrêt récent concernant un assuré qui ne contestait pas la réalisation des conditions de l'art. 85bis RAI permettant le versement des arriérés de sa rente d'invalidité à un tiers ayant fait une avance, mais seulement le fait que les conditions d'une surindemnisation soient remplies, notre Haute Cour a rappelé que le point de savoir si, et, cas échéant, dans quelle mesure, l'assurance perte de gain en cas de maladie disposait d'une créance en restitution à l'encontre d'un assuré devait, en cas de litige, être tranché dans une procédure opposant l'assurance et l'assuré, ce dernier devant contester le principe de la restitution et, cas échéant, l'étendue de celle-ci directement auprès de l'assurance perte de gain. La décision de l'office AI sur le paiement direct à l'assurance perte de gain en cas de maladie ne concernait que les modalités du versement, de sorte qu'elle ne déployait aucune force de chose décidée s'agissant du bien-fondé et du montant

de la créance en restitution de l'assurance (arrêt du Tribunal fédéral 9C_287/2014 du 16 juin 2014 consid. 2.2 ; consid. 4.3 de l'arrêt du Tribunal fédéral 4A_24/2012 du 30 mai 2012, non publié in ATF 138 III 411; arrêt du Tribunal fédéral I 296/03 du 21 octobre 2004 consid. 4.2). Par ailleurs, le principe selon lequel les contestations sur le bien-fondé et le montant de la créance de restitution de l'assureur perte de gain en cas de maladie doivent être résolues directement entre celui-ci et la personne assurée, et non dans la procédure en matière d'assurance-invalidité dans laquelle l'office AI n'a pas à traiter de ce rapport juridique, est valable de manière identique que les indemnités journalières de l'assureur perte de gain soient fondées sur le droit public ou sur le droit privé. Est seul déterminant que l'assuré dispose d'une voie de droit directe à l'encontre de l'assureur pour contester le bien-fondé et le montant de la prétention en restitution. Le fait qu'il s'agisse d'une question de surindemnisation et qu'il existe donc une certaine proximité avec une contestation du droit des assurances sociales ne suffit pas à soumettre le litige à la procédure de recours applicable en droit de l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_115/2013 du 30 septembre 2013 consid. 5.2).

E. 15

En l'espèce, la recourante ne conteste pas le bien-fondé de la prétention en restitution que l'appelée en cause a fait valoir. Elle prétend que les conditions de l'art. 85bis RAI pour le versement des arriérés de la rente d'invalidité à l'assureur perte de gain, à titre de tiers ayant fait une avance, ne sont pas réalisées. Force est tout d'abord de constater que la période pendant laquelle les indemnités journalières compensées dans le cadre de la décision du 25 août 2016 ont été versées à la recourante par l'appelée en cause correspond à celle pour laquelle elle a

 eu droit à un rétroactif de l'intimé (du 01.08.2013 au 25.05.2014). Par ailleurs, comme cela ressort du considérant 15 b/bb. supra, les indemnités journalières versées sur la base d'une assurance-maladie collective perte de gain sont considérées comme des prestations au sens de l'art. 85bis al. 2 RAI. Cela étant, l'intimé n'était pas légitimé à verser des arriérés de rente d'invalidité en mains de l'appelée en cause pour les motifs qui suivent. Selon l'art. 9 des CGA, intitulé « prestations de tiers », si l'assuré a également droit à des prestations d'assurances (suisses ou étrangères) ou d'un tiers responsable, la Compagnie complète ces prestations dans le cadre de ses propres obligations, jusqu'à concurrence de l'indemnité journalière assurée. […] Aussi longtemps que le droit à une rente découlant d'une assurance n'est pas établi, la Compagnie verse l'indemnité assurée sous forme d'avances. Ces avances sont payées à la condition que l'assuré autorise la Compagnie par écrit à procéder à une compensation directe avec les prestations des institutions susmentionnées. A défaut d'autorisation, le paiement d'une indemnité journalière peut être différé jusqu'à l'émission d'une décision de l'assurance-invalidité (suisse ou étrangère). Au vu de la formulation des CGA, force est de constater que le droit au remboursement direct de l'assurance-invalidité ne peut être déduit du contrat, dès lors qu'il n'en est nullement fait mention et que, de surcroît, l'assuré doit donner son accord écrit. Or, l'appelée en cause a indiqué qu'en l'occurrence, il n'existait pas de cession écrite signée par la recourante lui permettant de procéder à une compensation directe avec les prestations de l'assurance-invalidité. Ainsi, en l'absence de remboursement direct prévu par les dispositions contractuelles et compte tenu de l'inexistence d'une autorisation écrite signée par la recourante, l'appelée en cause ne pouvait requérir la compensation directe avec la rente d'invalidité. C'est par conséquent à tort que l'intimé a

accepté la demande de compensation déposée par l'appelée en cause le 3 août 2016. L'intimé sera donc condamné à verser à la recourante le montant de CHF 9'193.55. Pour ce motif également, la décision litigieuse sera annulée.

E. 16

Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis et la décision litigieuse annulée en tant qu'elle limite le droit à la rente d'invalidité au 28 février 2015 et en tant qu'elle autorise le versement de CHF 9'193.55 en mains de l'appelé en cause. La cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants.

E. 17

Représenté par un mandataire, la recourante, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité de CHF 3'500.- à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89 H de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

A/3253/2016 - 21/22 - Étant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.-.

A/3253/2016 - 22/22 - 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.