

# **GE\_GERICHTE ATAS/984/2016 vom 28. November 2016**

GE Cour de justice, 2016-11-28, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_984\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_984_2016)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/984/2016 du 28 novembre 2016

IT: GE\_GERICHTE ATAS/984/2016 del 28 novembre 2016

## **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) en vigueur dès le 1er janvier 2011, 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**

A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

A/1692/2016 - 9/20 - Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

### **E. 3**

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

### **E. 4**

Le litige porte sur le droit du recourant à trois-quarts de rente d'invalidité à compter du mois de janvier 2015 et sur le droit de l'OAI de déduire le montant de CHF 12'968.- des arriérés de rente dues pour le verser en mains de son assureur perte de gain. Singulièrement, les questions principales à trancher portent sur le degré d'invalidité du recourant et sur les conditions de la compensation entre assurances. A noter que l'évaluation de la capacité de travail par les médecins traitants et le SMR n'est pas contestée par le recourant.

### **E. 5**

En premier lieu, il s'agit de déterminer si le degré d'invalidité du recourant est supérieur à 60%, comme il le prétend, ce qui lui donnerait droit à trois-quarts de rente.

### **E. 6**

a. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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 (art. 7 LPGA). (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). b. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, 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. Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes – la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte – dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré sans activité lucrative, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (ATF 137 V 334 consid. 3.1). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans

A/1692/2016 - 10/20 - tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b).

## **E. 7**

a. Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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; c'est la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 p. 337 et les références). b/aa. Dans le cas d'un indépendant, le degré d'invalidité ne saurait être déterminé en appliquant la méthode de la comparaison en pour-cent, cette méthode ne prenant pas en considération le fait que la gestion d'une structure commerciale engendre des charges fixes et incompressibles, telles que loyer, mobilier ou assurances, qui sont indépendantes de la variation du degré d'activité. Une diminution du chiffre d'affaires ne se traduit donc pas par une diminution proportionnelle du bénéfice. De telles circonstances nécessitent bien plutôt l'examen concret de la situation de la personne assurée (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_44/2011 du 1er septembre 2011 consid. 4.2 et 4.3). b/bb. Chez une personne de condition indépendante, la comparaison des résultats d'exploitation réalisés dans son entreprise avant et après la survenance de l'invalidité ne permet de tirer des conclusions valables sur la diminution de la capacité de gain due à l'invalidité que dans le cas où l'on peut exclure au degré de vraisemblance prépondérante que les résultats de l'exploitation aient été influencés par des facteurs étrangers à l'invalidité. En effet, les résultats d'exploitation d'une entreprise dépendent souvent de nombreux paramètres difficiles à apprécier, tels que la situation conjoncturelle, la concurrence, l'aide ponctuelle des membres de la famille, des personnes intéressées dans l'entreprise ou des collaborateurs. Généralement, les documents comptables ne permettent pas, en pareils cas, de distinguer la part du revenu qu'il faut attribuer à ces facteurs - étrangers à l'invalidité - et celle qui revient à la propre prestation de travail de l'assuré (arrêts du Tribunal fédéral

9C\_46/2016 du 10 août 2016 consid. 2.1 et 9C\_44/2011 du 1er septembre 2011 consid. 3.3 et les références). b/cc. Si l'on ne peut déterminer ou évaluer sûrement les deux revenus en cause, il faut, en s'inspirant de la méthode spécifique pour personnes sans activité lucrative (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA), procéder à une comparaison des activités et évaluer le degré d'invalidité d'après l'incidence de la capacité de rendement amoindrie sur la situation économique concrète (procédure extraordinaire d'évaluation de l'invalidité). La différence fondamentale entre la procédure extraordinaire d'évaluation et la méthode spécifique réside dans

A/1692/2016 - 11/20 - le fait que l'invalidité n'est pas évaluée directement sur la base d'une comparaison des activités; on commence par déterminer, au moyen de cette comparaison, quel est l'empêchement provoqué par la maladie ou l'infirmité, après quoi l'on apprécie séparément les effets de cet empêchement sur la capacité de gain. Une certaine diminution de la capacité de rendement fonctionnelle peut certes, dans le cas d'une personne active, entraîner une perte de gain de la même importance, mais n'a pas nécessairement cette conséquence. Si l'on voulait, dans le cas des personnes actives, se fonder exclusivement sur le résultat de la comparaison des activités, on violerait le principe légal selon lequel l'invalidité, pour cette catégorie d'assurés, doit être déterminée d'après l'incapacité de gain (ATF 128 V 29 consid. 1 p. 30 et les références). Concrètement, il y a lieu de pondérer les activités exercées par l'indépendant en appliquant à chaque activité le salaire de référence usuel dans la branche. On peut ainsi déterminer le revenu d'une personne non invalide et le revenu d'invalide et effectuer une comparaison des revenus (Circulaire de l'OFAS concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité établie [CIIAI], ch. 3105s). L'incidence des empêchements dans les diverses activités sur la capacité de gain du recourant se détermine selon la formule applicable pour la méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité, conformément à la jurisprudence (ATF 128 V 29 consid. 4a) :  $T1 \times B1 \times S1 + T2 \times B2 \times S2 + T3 \times B3 \times S3 + T4 \times B4 \times S4 = \text{taux d'invalidité}$   $T1 \times S1 + T2 \times S2 + T3 \times S3 + T4 \times S4$  T correspond à la part consacrée à chacun des champs d'activités du travail en cause par rapport au temps total (=  $T1 + T2 + T3 + T4 = 100\%$ ) en pour cent, B à l'incapacité de travail dans chacune des activités et S au revenu pour l'activité correspondante.

## **E. 8**

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). 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. 9**

En l'espèce, le recourant travaille à 50% depuis le 30 septembre 2013. Il s'agit donc de déterminer son degré d'invalidité depuis cette date.

A/1692/2016 - 12/20 - a. Quand bien même le recourant dispose encore d'une capacité de travail dans son activité habituelle, on ne peut appliquer la méthode de la comparaison en

pourcents dès lors que cette manière de procéder ne tient pas compte des charges fixes et incompressibles tels que le loyer, le mobilier ou les assurances (voir dans le même sens arrêt du Tribunal fédéral 9C\_44/2011 du 1er septembre 2011 consid. 4.2 et 4.3). La comparaison des résultats d'exploitation réalisés avant et après la survenance de l'invalidité ne constitue pas non plus une méthode plus adaptée dès lors qu'il n'est pas possible de déterminer exactement quel est le chiffre d'affaires réalisé par le recourant. Certes, il est possible de distinguer les revenus réalisés par l'épouse du recourant auprès de la fiduciaire Mauceri, inclus dans la comptabilité du salon de coiffure. Il est en revanche difficile d'établir de manière fiable le chiffre d'affaires réalisé par l'épouse du recourant en lien avec son activité dans le salon de coiffure. On se retrouve ainsi typiquement dans un cas où les résultats d'exploitation du salon de coiffure entreprise dépendent de l'aide ponctuelle des membres de la famille, soit plus particulièrement de l'épouse du recourant. Or, dans de telles circonstances, on ne peut se fonder sur la comptabilité du salon de coiffure pour fixer le revenu du recourant. C'est donc à juste titre que l'intimé a appliqué la méthode extraordinaire. b/aa. Il ressort de la décision querellée que l'OAI a procédé à la comparaison des champs d'activité de la manière suivante :

Champs d'activité	Pondération sans handicap	Incapacité de travail	Salaire mensuel usuel	Revenu annuel (= salaire mensuel x 12)	Perte annuelle de revenu due au handicap / avant réorganisation	Direction	5%	0%	CHF	
5'013.001	CHF	3'008.00	CHF	0.00	Coiffure coupe femme	15%	30%	CHF	4'440.002	
CHF	7'992.00	CHF	2'398.00	Coiffure technique femme	60%	80%	CHF	4'440.003	CHF	31'968.00
CHF	25'574.00	Coiffure coupe homme	20%	10%	CHF	4'440.004	CHF	10'656.00	CHF	1'066.00
Total	100 %	55%								

CHF 53'624.00 CHF 29'038.00 Selon l'ESS 2010 1) ESS 2010 TA7, pos. 23, niveau 4 hommes, indexé à 2014 2) ESS 2010 TA7, pos. 34, niveau 3 hommes, indexé à 2014 3) ESS 2010 TA7, pos. 34, niveau 3 hommes, indexé à 2014 4) ESS 2010 TA7, pos. 34, niveau 3 hommes, indexé à 2014 Le recourant ne conteste pas la pondération des activités ni les incapacités de travail retenues pour chaque champs d'activité. En réalité, il conteste uniquement les montants pris en considération à titre de revenus et considère qu'un revenu sans invalidité de CHF 11'205.- par mois devait être pris en considération conformément

A/1692/2016 - 13/20 - à la table T1\_b des ESS 2012 et un revenu avec invalidité de CHF 3'291.- par mois selon cette même table, position 96. La position du recourant ne peut être suivie. Tout d'abord, il ressort de la décision querellée qu'on ne saurait exiger du recourant un changement d'activité professionnelle, raison pour laquelle le degré d'invalidité se détermine en lien avec son activité habituelle en application de la méthode extraordinaire. Il n'y a dès lors pas de place pour un calcul tel que celui proposé par le recourant, avec revenu dans une activité adaptée de CHF 3'291.-. Quant au tableau T1\_b, il ne saurait être retenu pour les motifs suivants. En effet, le revenu de CHF 11'205.- auquel se réfère le recourant correspond au revenu moyen du secteur des services (secteur 3), lequel recouvre des activités fort variées telles que le commerce et la réparation automobile (lignes 45-47), les transports et l'entreposage (lignes 49-53), l'information et la communication (lignes 58-63), les activités financières et d'assurances (lignes 64-66), les activités spécialisées, scientifiques et techniques (lignes 69-75), les activités de services administratifs et de soutien (lignes 77-82) ou encore d'autres activités de service (lignes 94-96). A l'exception des activités de service administratif (lignes 77, 79 à 82) et des autres services personnels (ligne 96), catégorie à laquelle appartient la coiffure (voir ESS 2012 p. 10), les autres



76'207.-) + (15% x CHF 72'179.00) + (60% x CHF 72'179.00) + (20% x CHF 72'179.00)  
soit:

A/1692/2016 - 15/20 - CHF 0.00 + CHF 3'248.00 + CHF 34'645.00 + CHF 1'444.00 = taux d'invalidité CHF 3'810.00 + CHF 10'827.00 + CHF 43'307.00 + CHF 14'436.00 soit CHF 39'337.00 = taux d'invalidité CHF 72'380.00 soit 0.54347, ce qui correspond à 54.347 %, arrondi à 54%, étant précisé que le montant de CHF 39'337.- correspond à la perte de gain et celui de CHF 72'380.- au revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité s'élevant, dans le cas présent, à CHF 33'073.- (CHF 72'380.- – CHF 39'337.-). Le recourant conclut également à un abattement supplémentaire de 20% afin de tenir compte de ses limitations fonctionnelles, de son âge et du fait que seule une activité légère est exigible. Dans ce contexte, c'est le lieu de rappeler que la réduction du salaire statistique dans le cadre de la détermination du revenu hypothétique d'invalidité prévue par la jurisprudence a pour objectif de tenir compte du fait que pour un assuré devant se réadapter dans une activité qu'il est jugé apte à exercer malgré son handicap, les possibilités de réaliser un gain qui se situe dans la moyenne sont forcément diminuées. Un tel abattement n'est pas automatique, mais est justifié dans les cas où il existe des indices suffisants pour admettre qu'en raison de différents facteurs (par exemple, limitations liées au handicap, âge, années de service) l'assuré ne peut mettre à profit sa capacité de travail (résiduelle) sur le plan économique que dans une mesure inférieure à la moyenne (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa). Dans le cas du recourant, les années de services et l'âge n'entrent à l'évidence pas en considération étant donné que le calcul du degré d'invalidité se fait dans la profession habituelle qu'il a toujours exercée et que le revenu avec invalidité a été déterminé en fonction de son âge. Quant au critère de l'activité légère, il se recoupe avec celui des limitations fonctionnelles, une telle activité n'étant en réalité envisagée qu'en raison de de ces limitations. Or, les limitations fonctionnelles dans le cas du recourant ne concernent que les mouvements fins avec les mains. Il s'agit ainsi de limitations très peu importantes, lesquelles ne justifient qu'un abattement de 5% au maximum. Or, même en prenant en considération cet abattement supplémentaire, le degré d'invalidité serait inférieur à 60% comme cela ressort du calcul ci-après. Comme indiqué précédemment, le revenu avec invalidité s'élève à CHF 33'073.-. En prenant en considération un abattement supplémentaire de 5%, ce qui est largement suffisant, il s'élèverait à CHF 31'419.-. En procédant à la comparaison des revenus, on arriverait à un degré d'invalidité de CHF 57% :  $(\text{CHF } 72'380.- - \text{CHF } 29'766.-) / \text{CHF } 72'380.- \times 100 = 56.59$  soit CHF 57%) ce qui reste insuffisant pour ouvrir le droit à trois-quarts de rente.

A/1692/2016 - 16/20 - d. Ainsi, s'agissant du droit à trois-quarts de rente dès le 1er janvier 2015, le recours du 25 mai 2016 doit être rejeté.

#### **E. 10**

Reste à examiner le droit de la CCGC à déduire le montant de CHF 12'968.- des arriérés dus au recourant et à le verser à la caisse-maladie de ce dernier.

#### **E. 11**

a/aa. Les assureurs-maladie qui ont alloué des indemnités journalières durant une période pour laquelle un assuré peut prétendre une rente d'invalidité à titre rétroactif sont tenus, en principe, de réclamer à l'intéressé le montant de la surindemnisation (cf. art. 78 al. 2 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 [LAMal - RS 832.10] et 122 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 [OAMal - RS 832.102]). A cet effet,

ils peuvent réclamer la restitution du montant de leur créance aux organes de l'assurance-invalidité, lesquels déduisent ce montant de la somme correspondant aux mensualités de rente arriérée (en vertu de l'art. 20 al. 2 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (LAVS - RS 831.10) en corrélation avec l'art. 50 LAI). Selon l'art. 20 al. 2 let. c LAVS, peuvent être compensées avec des prestations échues les créances en restitution des rentes et indemnités journalières de l'assurance-accidents obligatoire, de l'assurance militaire, de l'assurance-chômage et de l'assurance-maladie. Contrairement à la teneur littérale de cette disposition, la caisse de compensation a non seulement le droit mais aussi l'obligation, dans le cadre des prescriptions légales, de compenser des cotisations dues, frais de poursuite et autres frais administratifs avec des prestations échues (ATF 115 V 341 consid. 2a). a/bb. La restitution des prestations de l'assurance-maladie en raison d'une surindemnisation relève exclusivement des rapports juridiques entre l'assuré et l'assureur-maladie. Celui-ci informe l'assuré, par écrit, du montant exact de sa créance en le rendant attentif au fait que s'il entend contester la compensation, il doit recourir exclusivement contre la décision de l'assureur-maladie (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 305/03 du 15 février 2005 consid. 3.1, voir également RCC 1989 p. 334 sv. consid. 5 et 6a; cf. aussi la circulaire de l'OFAS concernant la compensation des paiements rétroactifs de l'AI avec les créances en restitution de prestations des caisses-maladie reconnues par la Confédération, valable dès le 1er janvier 1999). Ainsi, 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. Ces contestations doivent être dirigées directement contre l'organisme qui a fait valoir la compensation (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_115/2013 du 30 septembre 2013 consid. 5.2 et du Tribunal fédéral des assurances 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). a/cc. De manière générale, la compensation en droit public - et donc notamment en droit des assurances sociales - est subordonnée à la condition que deux personnes

A/1692/2016 - 17/20 - soient réciproquement créancières et débitrices l'une de l'autre conformément à la règle posée par l'art. 120 al. 1 CO. Par ailleurs, la jurisprudence en matière d'assurances sociales soumet la compensation à l'exigence que cette mesure ne mette pas en péril les moyens d'existence des intéressés. Cette exigence est à rapprocher de l'art. 125 ch. 2 CO, aux termes duquel ne peuvent être éteintes par compensation les créances dont la nature spéciale exige le paiement effectif entre les mains du créancier. La compensation opérée avec une rente n'est donc possible que dans la mesure où le montant retenu sur la rente mensuelle ne touche pas le minimum vital de la personne tenue à restitution. La question de savoir si la compensation est admissible au regard de la garantie du minimum vital se pose non seulement en présence de rentes en cours, versées mensuellement, mais également en cas de paiements rétroactifs de rentes. En effet, ceux-ci ont également pour but de couvrir le besoin existentiel des assurés pour la période pour laquelle les rentes ont été versées rétroactivement (voir arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 305/03 du 15 février 2005 consid. 4 et les références citées). b/aa. Selon l'art. 49 al. 1 à 3 LPGA, l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord (al. 1). Si le requérant rend vraisemblable un intérêt digne d'être protégé, l'assureur rend une décision en constatation (al. 2). Les décisions indiquent les voies de droit. Elles doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des

parties. La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé (al. 3). Aux termes de l'art. 51 LPGA, les prestations, créances et injonctions qui ne sont pas visées à l'art. 49, al. 1, peuvent être traitées selon une procédure simplifiée (al. 1). L'intéressé peut exiger qu'une décision soit rendue (al. 2). b/bb. La loi ne précise pas dans quel laps de temps l'intéressé doit déclarer son désaccord avec le mode de règlement choisi par l'administration conformément à l'art. 51 al. 2 LPGA. Mais, d'après la jurisprudence, on contreviendrait aux principes de l'équité et de la sécurité du droit si l'on considérait comme sans importance, du point de vue juridique, une renonciation - expresse ou tacite - à des prestations. On peut en effet attendre de la personne qui n'admet pas une certaine solution, et qui entend voir statuer sur ses droits dans un acte administratif susceptible de recours, qu'elle fasse connaître son point de vue dans un délai d'examen et de réflexion convenable (ATF 126 V 23 consid. 4b p. 24; RAMA 1990 no K 835 p. 82 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 172/04 du 13 mars 2006). En règle générale, ce droit s'éteint une année après que l'assureur a fait connaître sa volonté de manière simplifiée. Un délai plus long entre éventuellement en considération lorsque l'assuré pouvait croire de bonne foi que l'assureur poursuivrait l'élucidation de l'affaire et n'avait pas encore pris de décision définitive; cette hypothèse concerne surtout l'assuré profane en droit et dépourvu de conseil juridique. Si l'assuré ne respecte pas ce délai, ordinaire ou prolongé, il perd son droit de demander une décision formelle afin de recourir contre celle-ci, et la

A/1692/2016 - 18/20 - volonté communiquée de façon simplifiée lui est désormais opposable (ATF 134 V 145). A noter qu'en cas de contestation d'un décompte d'indemnités journalières de l'assurance-accidents, lequel est rendu selon la procédure simplifiée, le délai pour marquer son désaccord est fixé à 3 mois ou 90 jours à compter de sa communication (SVR 2007 AIV n° 24 p. 75, C 119/06, consid. 3.2 et les références; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_789/2012 du 16 septembre 2013 consid. 4.1 et 8C\_14/2011 du 13 avril 2011, consid. 5 notamment).

## **E. 12**

a. A titre liminaire, la chambre de céans rappelle que, dans le cadre de la procédure AI, le recourant ne pouvait contester que le principe de la compensation. Ses griefs concernant le montant de la compensation se révèlent par conséquent irrecevables dans le cadre de la présente procédure et auraient dû faire l'objet d'une action à l'encontre de son assureur-maladie. b. Cela étant précisé, il y a lieu d'examiner les conditions relatives au principe même de la compensation. Force est tout d'abord de constater que, contrairement à ce que prétend la CCGC, l'assurance d'indemnités journalières conclue par le recourant est soumise à la LAMal comme cela ressort tant du formulaire de demande de compensation (la caisse-maladie a fait des avances à titre d'institution d'assurance selon la LAMal) que de la police d'assurance et des conditions générales y relatives (assurance facultative d'indemnités journalières selon la LAMal et toutes les références à cette loi). Il s'agit donc d'une assurance d'indemnités journalières facultative régie par les art. 67 et ss LAMal. Par conséquent, c'est l'art. 20 al. 2 let c. LAVS qui est applicable à la compensation et non pas l'art. 85bis du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du

## **E. 17**

janvier 1961 (RAI - RS 831.201), cité par la CCGC dans son écriture du 15 juin 2016. c. Force est ensuite de constater que le recourant est créancier des arriérés de rente d'invalidité

et débiteur des indemnités journalières ayant conduit à une surindemnisation. Il y a ainsi identité des qualités de débiteur et de créancier. Les arriérés de rente d'invalidité constituent à l'évidence des prestations échues. La chambre de céans relève en outre que le recourant ne prétend à aucun moment avoir vécu avec des moyens financiers au-dessous du seuil du minimum vital pendant la période sur laquelle portent les arriérés des rentes d'invalidité (1er septembre au 17 octobre 2014 et 26 octobre 2014 au 19 mai 2015). Au demeurant, le recourant a allégué avoir réalisé un chiffre d'affaires de CHF 50'569.65 en 2015, ce qui correspond à CHF 4'514.15 par mois. A ce montant se sont ajoutés des indemnités journalières de CHF 1'059.- par mois en moyenne de sorte que le revenu moyen du recourant s'était élevé à CHF 5'573.15. Avec un tel revenu moyen, une atteinte au minimum vital paraît exclue.

A/1692/2016 - 19/20 - En revanche, s'agissant de la procédure résumée au considérant 3.1 de l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 305/03 du 15 février 2005, elle n'a été qu'en partie suivie par la caisse-maladie. En effet, par courrier du 31 mars 2016, la caisse-maladie a certes informé le recourant que la décision de l'assurance-invalidité par laquelle une rente entière d'invalidité lui était octroyée dès le 1er septembre 2014 entraînait une surindemnisation et lui a indiqué le montant exact de sa créance (CHF 12'967.50). Par contre, cette communication ne contenait pas l'indication selon laquelle l'assuré pouvait contester la prétention de la caisse-maladie, ni l'exposé de moyens de droit. Les irrégularités de procédure commises par l'assureur-maladie ne portent toutefois pas à conséquence puisque le recourant, lequel se trouve encore dans le délai d'un an suite à la notification de la communication de l'assureur-maladie le 31 mars 2016, dispose toujours de la possibilité de solliciter une décision formelle, à laquelle il pourra faire opposition. La caisse-maladie sera alors tenue de rendre une décision sur opposition contre laquelle le recourant pourra faire recours auprès de la chambre de céans en cas de désaccord. Ses droits demeurent ainsi préservés dès lors qu'en cas d'admission d'un éventuel recours à propos du solde ou du montant de la créance en restitution, le montant compensé en trop avec le paiement des rentes arriérées devra lui être versé directement par l'assureur-maladie (voir dans le même sens : arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 6 janvier 1989 publié in RCC 1989 p. 334. consid. 8 in fine p. 337 et 338). d. En conclusion, dans la mesure où les conditions formelles de la compensation prévues par l'art. 20 LAVS et la jurisprudence y relative sont remplies, l'OAI était autorisé à procéder à la compensation de l'arriéré de rente avec les indemnités journalières perçues par le recourant. Si celui-ci n'accepte pas le montant de la compensation, il lui appartient de requérir une décision formelle de sa caisse-maladie et de la contester par les voies de droit prévues à cet effet. Les conclusions du recourant en lien avec le droit de l'OAI de procéder à la compensation doivent donc être rejetées. 13. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté dans la mesure de sa recevabilité. Etant donné que depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

A/1692/2016 - 20/20 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant