

GE_GERICHTE A/1521/2015 vom 9. März 2016

GE Cour de justice, 2016-03-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1521_2015

FR: GE_GERICHTE A/1521/2015 du 9 mars 2016

IT: GE_GERICHTE A/1521/2015 del 9 marzo 2016

Erwägungen

E. 9

mois à CHF 1'659.00 CHF 14'931.00 Droit d'octobre à décembre 2014 3 mois à CHF 2'323.00 CHF 6'969.00 Droit de janvier à février 2015 2 mois à CHF 2'333.00 CHF 4'666.00 Droit pour mars 2015 1 mois à CHF 2'333.00 CHF 2'333.00 Après déduction du remboursement des avances de l'assureur perte de gain et de l'Hospice général, le montant encore dû s'élevait à CHF 7'065.95 soit : à Visana Assurances SA CHF - 18'628.65 à l'Hospice général CHF - 3'204.40 Total CHF 7'065.95 Dans la décision précitée, l'OAI précisait encore qu'à défaut de recours, la décision entrerait en force. 22. Par courrier du 8 avril 2015, adressé à la caisse de compensation FER-CIAM (ci-après : la caisse), l'assuré s'est opposé au remboursement des avances de l'Hospice général et de l'assureur perte de gain, expliquant notamment que ce dernier n'avait en réalité versé que 30% des indemnités dues. Quant au décompte de l'Hospice général, il mentionnait un remboursement de CHF 16'002,80, dont il ne connaissait pas l'origine. 23. Par écriture du 11 mai 2015, l'assuré, sous la plume de son conseil, a interjeté recours auprès de la chambre de céans, concluant à l'annulation de la décision querellée et au renvoi de la cause à la caisse de compensation pour nouveau calcul de l'attribution de l'arriéré dû de manière à garantir son droit à des indemnités correspondant à 80% du salaire assuré. À l'appui de ses conclusions, il a allégué ne pas avoir reçu le 80% des prestations auxquelles il pouvait légitimement prétendre de la part de l'assureur perte de gain. Ensuite des carences de ce dernier, il avait vécu en marge du minimum vital et il devrait encore se satisfaire aujourd'hui d'un montant « dérisoire » de CHF 7'065,95 alors que les indemnités concernées étaient prioritairement destinées à son entretien et à celui de sa famille de sorte que ce mode de procéder n'était pas acceptable. 24. L'OAI a répondu en date du 25 juin 2015 et a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la compensation au vu des pièces en sa possession lors de la décision de rente. Se référant au préavis de la caisse du 25 juin 2015, il a exposé qu'en ce qui concernait l'Hospice général, il existait une base légale permettant le versement du rétroactif en ses mains. Par ailleurs, il avait reçu de cette institution l'ordre de paiement signé par le recourant. Concernant l'assureur perte de gain, l'OAI avait reçu les conditions générales d'assurance ainsi qu'un calcul de surindemnisation. Enfin, l'intimé a précisé que les versements avaient été effectués avant qu'il ne soit informé du litige opposant le recourant à son assurance perte de gain. 25. Par réplique du 17 août 2015, le recourant a persisté dans ses conclusions, considérant que l'assureur perte de gain n'était pas au bénéfice d'une cession et qu'il se prévalait d'une surindemnisation non réalisée. En revanche, les prétentions résiduelles de l'Hospice général pouvaient être fondées dès lors qu'il avait signé une cession en sa faveur. 26. Se fondant sur les conditions générales de l'assureur perte de gain ainsi que sur le fait que le formulaire « compensation avec des paiements rétroactifs de l'AVS/AI » avait été renvoyé par l'assureur perte de gain dûment

rempli, l'OAI a persisté dans ses conclusions par duplique du 3 septembre 2015, se rapportant à la détermination de la caisse du 7 septembre 2015. Par courrier du 4 janvier 2016, la chambre de céans a interpellé l'assureur perte de gain, l'invitant à produire la carte de contrôle ou tout autre acte de cession en sa faveur relatif aux prestations versées en 2014. Dans un courrier du 13 janvier 2016, l'assureur perte de gain a indiqué avoir versé CHF 55'033.30 directement à l'assuré ainsi que CHF 13'899.20 à l'Hospice général conformément à son ordre de paiement du 10 février 2014. Le montant de CHF 13'899.20 précité correspondait à celui articulé dans le courrier du 19 janvier 2015, après déduction, notamment, d'une estimation de la rente d'invalidité due du 1^{er} janvier au 18 novembre 2014 d'un montant de CHF 21'330.-. Par conséquent, dans la mesure où le montant de CHF 21'330.- a déjà été déduit à titre de paiements rétroactifs de l'assurance-invalidité, l'assureur perte de gain renonçait à faire valoir la compensation de CHF 18'628.65 pour la période du 1^{er} janvier au 18 novembre 2014. Le recourant s'est déterminé par courrier du 1^{er} février 2016, persistant dans les termes de son recours. En effet, l'assureur perte de gain avait revendiqué, à tort, un arriéré de rentes d'invalidité à hauteur de 18'628.85 dès lors qu'il avait déjà déduit de ses prestations un montant de CHF 21'330.- à titre d'arriéré de rentes d'invalidité selon son estimation. L'assureur perte de gain avait également redistribué, à tort, à l'Hospice général des arriérés d'indemnités dus pour la période du 1^{er} novembre 2013 au 18 novembre 2014 alors que cette institution n'était pas encore intervenue à cette date. En d'autres termes, l'Hospice général s'était vu attribuer, à tort, un montant de CHF 10'413.50 (CHF 5'440.90 du 1^{er} novembre au 31 décembre 2013 + CHF 3'905.05 pour le mois de janvier 2014 + CHF 1'067.55 à titre d'intérêts moratoires). Par courrier du 2 février 2016, l'intimé a considéré que, dans la mesure où l'assureur perte de gain renonçait à faire valoir la compensation du montant de CHF 18'628,65, le recours était devenu sans objet, le montant précité revenant au recourant. Le 5 février 2016, le recourant a encore précisé que, selon le contrat de travail souscrit auprès de son employeur, en cas de maladie, son salaire était garanti à 80% pendant les trois premiers jours de maladie et à 100% dès le troisième jour de maladie, et ce pendant 720 jours sur une période de 900 jours. Selon cette clause, il avait un droit prioritaire à 100% du salaire de sorte que l'assureur perte de gain n'avait pas à imputer « tout et n'importe quoi ». Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT

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 1^{er} 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.

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

3. Le litige porte sur le bien-fondé de la compensation d'une partie du montant dû à titre rétroactif au recourant par l'assurance-invalidité avec la créance invoquée par l'assureur perte de gain, respectivement par l'Hospice général.

4. a/aa. A 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).>![if> 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 LCA (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. 17 des conditions générales d'assurance. 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. 5. 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. >![endif]>![if> En revanche, selon l'art. 22 al. 2 LPGA, les prestations accordées rétroactivement par l'assureur social peuvent 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. 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; >![endif]>![if> (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. >![endif]>![if> 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 133 V 14 consid. 8.3 ; ATF 131 V 249 consid. 6.2).

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 (no 10065 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 (no 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 (no 10069).

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). 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). 6. Au surplus, dans un arrêt récent (9C_287/2014 du 16 juin 2014) 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 (arrêts 8C_115/2013 du 30 septembre 2013 consid. 5.2 et I 296/03 cité, et les références arrêt op. cit. consid. 2.2). 7. a. En l'espèce, le recourant conteste en premier lieu la demande de compensation de CHF 18'628.85 formulée par l'assureur perte de gain et la compensation effectivement effectuée conformément au courrier du 24 mars 2015 dans la mesure où il n'a pas perçu les 100% de son salaire. En d'autres termes, il remet en question l'existence d'une surindemnisation. Dans ce contexte, il y a lieu de rappeler que la chambre de céans n'est pas habilitée à statuer, dans la procédure en matière d'assurance-invalidité, sur le bien-fondé du montant de CHF 18'628.85 demandé en compensation à l'OAI par l'assureur perte de gain ni sur le droit de l'assureur perte de gain à verser CHF 10'413.50 à l'Hospice général de sorte que les conclusions dans ce sens sont irrecevables. S'il conteste les compensations effectuées par l'assureur perte de gain et les montants qui lui ont été versés, le recourant doit saisir la chambre de céans d'une demande en paiement dans laquelle il remet en question l'existence d'une surindemnisation et conclut au paiement du solde des indemnités dues. En d'autres termes, que le recourant conteste le droit de l'assureur perte de gain à reverser CHF 10'413.50 à l'Hospice général ou son droit de compenser le solde des indemnités journalières dues avec les arrérages de rentes d'invalidité, il lui appartient de réclamer le montant remboursé à tort directement à l'assureur perte de gain et, le cas

échéant, de saisir la chambre de céans d'une demande dans ce sens. b. Cela étant, la chambre de céans est compétente pour examiner si les conditions de l'art. 85a RAI sont réalisées s'agissant de la compensation demandée par l'assureur-maladie perte de gain (période concernée, montant des avances, existence de prestations au sens de la disposition précitée, droit direct prévu par le contrat ou la loi, à défaut accord écrit du recourant). b/aa. Force est tout d'abord de constater que la période pendant laquelle les indemnités journalières, compensées dans le cadre de la décision du 26 mars 2014, ont été versées au recourant par l'assureur perte de gain correspond à celle pour laquelle il a eu droit à un rétroactif de l'assurance-invalidité (du 01.01.2014 au 18.11.2014). Par ailleurs, comme cela ressort du consid. 5 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'assureur perte de gain n'était pas légitimé à requérir le versement des arriérés de rente d'invalidité pour les deux motifs suivants. Tout d'abord, de l'aveu-même de l'assureur perte de gain (voir courrier du 5 février 2016), il avait déjà pris en considération les arriérés de rente d'invalidité, alors estimés à un montant de CHF 21'330.-, lors de la détermination du montant de CHF 13'899.20 encore dû au recourant (voir supra EN FAIT ch. 7) et versé à l'Hospice général comme cela ressort du tableau récapitulatif de cette institution. Ainsi, en prenant en considération les rentes d'invalidité lors du calcul du solde dû au recourant et en requérant également la compensation directement auprès de l'OAI, l'assureur perte de gain a déduit par deux fois les arriérés de rente des prestations dues au recourant. À cela s'ajoute le fait que ni les conditions générales ni les pièces du dossier ne permettaient à l'assureur perte de gain de réclamer le remboursement des avances. En effet, selon l'art. 17 des conditions générales d'assurance, valables dès 2011, intitulé « prestations de tiers », si la personne assurée a droit à des prestations d'assurances publiques ou d'assurances de l'entreprise ainsi que de la part d'un tiers responsable, l'assureur perte de gain complète ce droit dans le cadre de ses obligations d'allouer des prestations jusqu'à concurrence de l'indemnité journalière assurée (art. 17.1). Si le droit à une rente d'une assurance publique n'est pas encore déterminé, l'assureur perte de gain alloue les indemnités journalières dans le sens d'une prise en charge provisoire. Pour obtenir le versement de ces prestations avancées, la personne assurée doit donner son accord écrit à une compensation directe avec les institutions d'assurances susmentionnées (art. 17.2). Au vu de la formulation des conditions générales, force est de constater que le droit au remboursement direct de l'assurance-invalidité ne peut pas être déduit sans équivoque du contrat dès lors que, d'une part, il n'en est nullement fait mention et, d'autre part, que l'assuré doit donner son accord écrit. Or, l'assureur perte de gain n'a pas été en mesure de produire un document attestant de l'accord donné par le recourant pour le remboursement des prestations versées du 1^{er} janvier au 18 novembre 2014. Ainsi, en l'absence de remboursement direct prévu par les dispositions contractuelle et compte tenu de l'inexistence d'un accord écrit portant sur la période pertinente, l'assureur perte de gain ne pouvait pas requérir la compensation, ce qu'il a d'ailleurs reconnu. Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis en ce qui concerne la compensation demandée par l'assureur perte de gain et l'intimé sera condamné à verser CHF 18'628.65 au recourant.

8. S'agissant du versement effectué en faveur de l'Hospice général, force est de constater qu'il ne ressort pas clairement des écritures du recourant s'il persiste à contester la compensation en faveur de cette institution. En effet, après avoir remis en question, dans un premier temps, la compensation en faveur de l'Hospice général, le recourant a admis, dans sa réplique, que les prétentions de cette institution pouvaient être fondées dès lors qu'il avait

signé une cession en sa faveur. Enfin, dans son écriture du 1^{er} février 2016, il a réservé tous ses droits quant à ses prétentions additionnelles contre l'Hospice général notamment.

!endif]>![if> Dans ces circonstances et dans un souci d'exhaustivité, la chambre de céans examinera si les conditions de l'art. 85bis RAI sont réalisées en ce qui concerne la compensation demandée par l'Hospice général.

a. S'agissant des prestations d'aide financière versées par l'institution précitée au recourant et compensées dans le cadre de la décision du 26 mars 2014, force est de constater, d'une part, que la période durant laquelle les prestations ont été versées au recourant correspond à celle pour laquelle celui-ci a eu droit à un rétroactif de l'assurance-invalidité (du 01.12.2014 au 31 mars 2015). D'autre part, s'agissant des montants eux-mêmes, le recourant n'apporte aucun élément permettant de remettre en cause la véracité des décomptes établis par l'Hospice général. Par conséquent, et dans la mesure où il n'est pas démontré, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le décompte de prestations établi par cette institution serait erroné, l'intimé pouvait valablement se fonder sur ledit décompte.

b. Les prestations d'assistance versées en faveur du recourant par l'Hospice sont des prestations fournies en vertu d'une obligation légale puisqu'elles ont été versées sur la base de la loi sur l'aide sociale individuelle du 22 mars 2007 (LASI ; J 4 04) (cf. art. 8 LASI). Il s'agit donc de l'éventualité visée à l'art. 85bis al. 2 RAI, si bien qu'il reste à examiner si la LASI prévoit un droit sans équivoque au remboursement.

c. La LASI, entrée en vigueur le 19 juin 2007, a abrogé la loi sur l'assistance publique du 19 septembre 1980 (LAP). Elle s'applique dès son entrée en vigueur à toutes les personnes bénéficiant des prestations prévues par la LAP, ainsi que toutes les personnes présentant une nouvelle demande (art. 60 al. 1 des dispositions finales et transitoires de la LASI). Les prestations versées en vertu de la loi ne sont pas remboursables et sont, sauf exception, incessibles et insaisissables (art. 8 al. 2 et 3 LASI). Parmi les exceptions au non-remboursement, la LASI prévoit que si les prestations d'aide financière ont été accordées à titre d'avances, dans l'attente de prestations sociales ou d'assurances sociales, les prestations d'aide financière sont remboursables, à concurrence du montant versé par l'Hospice général durant la période d'attente, dès l'octroi desdites prestations sociales ou d'assurances sociales (art. 37 al. 1 LASI). L'Hospice demande au fournisseur de prestations que les arriérés de prestations afférents à la période d'attente soient versés en ses mains jusqu'à concurrence des prestations d'aide financière fournies durant la même période (art. 37 al. 2 LASI). Il en va de même lorsque des prestations sociales ou d'assurances sociales sont versées au bénéficiaire avec effet rétroactif pour une période durant laquelle il a perçu des prestations d'aide financière (art. 37 al. 3 LASI). L'action en restitution se prescrit par 5 ans, à partir du jour où l'Hospice général a eu connaissance du fait qui ouvre le droit au remboursement. Le droit au remboursement s'éteint au plus tard 10 ans après la survenance du fait (art. 37 al. 4 LASI). Au vu de ce qui précède, force est de constater que la LASI contient une disposition instituant un droit légal incontestable pour l'Hospice général de réclamer directement à l'assurance-invalidité le remboursement des avances qu'il a consenties. Cette possibilité de remboursement a d'ailleurs été admise par le recourant dans la mesure où il a signé l'ordre de paiement du 10 février 2014.

d. Par conséquent, les prestations d'assistance versées au recourant par l'Hospice général doivent être qualifiées d'avances dont la compensation avec des prestations de l'assurance-invalidité peut être requise au sens de l'art. 85bis al. 2 let. b RAI, le délai de prescription de 5 ans étant pour le surplus respecté. Il découle de ce qui précède que c'est à juste titre que l'intimé a accepté la demande de remboursement de l'Hospice, les conditions formelles et matérielles étant remplies. Partant, le recours est mal fondé sur ce point. 9.

En conclusion, la chambre de

céans rappelle au recourant que s'il conteste le montant des indemnités journalières qui lui ont été versées et, par conséquent, la compensation effectuée par l'assureur perte de gain ainsi que le montant versé par ce dernier en faveur de l'Hospice général, il lui appartient de saisir la chambre de céans d'une demande dans ce sens dirigée contre l'assureur perte de gain, le présent litige étant uniquement limité à la question de savoir si, au vu des pièces du dossier, l'OAI était autorisé à verser CHF 18'628.85 à l'assureur perte de gain et CHF 3'204.40 à l'Hospice général.!

10. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision litigieuse annulée, en ce sens que l'OAI n'aurait pas dû donner suite à la demande de compensation de la somme de CHF 18'628.65 présentée par Visana assurances SA. L'OAI sera dès lors condamné à verser au recourant la somme de CHF 18'628.65.!

Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant la chambre de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre CHF 200.- et CHF 1'000.- (art. 69 al. 1bis LAI). Toutefois, le litige concernant le paiement de prestations en mains de l'assureur perte de gain n'a pas pour objet l'octroi ou le refus de prestations d'assurance (ATF 129 V 362, consid. 2; ATF 121 V 17, consid. 2, arrêt non publié du 26 septembre 2007, I 256/06, consid. 2). Il ne sera dès lors pas perçu d'émolument. 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.