

## VD\_FINDINFO Arrêt / 2020 / 813 vom 12. November 2020

VD Tribunal cantonal, 2020-11-12, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2020\\_\\_813](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2020__813)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2020 / 813 du 12 novembre 2020

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2020 / 813 del 12 novembre 2020

### Regeste

CUMUL DE PRESTATIONS D'ASSURANCE, PERCEPTION DE PRESTATION, RESTITUTION{EN GÉNÉRAL}, DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE, DROIT D'ÊTRE ENTENDU | 29 al. 2 Cst., 22 LAI, 28 LAI, 22 LPGA, 85bis RAI

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 12.11.2020 Arrêt / 2020 / 813

CUMUL DE PRESTATIONS D'ASSURANCE, PERCEPTION DE PRESTATION, RESTITUTION{EN GÉNÉRAL}, DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE, DROIT D'ÊTRE ENTENDU | 29 al. 2 Cst., 22 LAI, 28 LAI, 22 LPGA, 85bis RAI

TRIBUNAL CANTONAL AI 345/19 - 373/2020 ZD19.046127 COUR DES

ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt

du 12 novembre 2020 \_\_\_\_\_ Composition : M. Piguet , président

Mmes Durussel et Di Ferro Demierre, juges Greffier : M. Schild \*\*\*\*\* Cause

pendante entre : S. \_\_\_\_\_ , à Yverdon-les-Bains, recourant, représenté par Me

Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne, et E. \_\_\_\_\_ , à Vevey, intimé. \_\_\_\_\_

Art. 28 al. 2 Cst., 22 LPGA, 22 et 28 LAI et 85bis RAI E n f a i t : A. S. \_\_\_\_\_

(ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1968, a suivi une formation professionnelle de plâtrier-peintre, terminée en 1988. Depuis le mois de janvier 2005, il exerçait cette profession à titre d'indépendant. Le 24 octobre 2008, l'intéressé a chuté d'un toit d'une hauteur de 6 mètres et s'est fracturé le coude droit. Il a été admis aux Etablissements hospitaliers du Nord vaudois, où il a subi, le 27 octobre 2008, une révision de l'articulation du coude avec ablation de fragments ostéo-chondraux de la trochlée humérale et de l'apophyse coronoïde, une ablation de la tête radiale luxée en regard de l'épicondyle ainsi qu'une mise en place d'une prothèse Silastic Swanson. Une réinsertion du ligament collatéral ulnaire par des points trans-osseux fiber-wire a également été pratiquée. Dès cette chute, l'assuré s'est trouvé en incapacité totale de travail . Il a été au bénéfice d'indemnités journalières en cas d'incapacité de travail versées par H. \_\_\_\_\_ SA. Le montant journalier assuré était de 263 francs. Le contrat d'assurance prévoyait une durée du droit aux prestations d'au maximum 730 jours dans une période de 900 jours consécutifs.

L'assuré a été une nouvelle fois hospitalisé du 23 au 25 mars 2009 pour une arthrolyse antérieure et postérieure du coude droit et l'ablation de sa prothèse. Le 12 juin 2009, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Dans un rapport médical du 17 juillet 2009 adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), le Dr Jean- K. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a retenu en tant que diagnostics avec effet sur la capacité de travail des séquelles d'une fracture-luxation du coude droit complexe du 24 octobre 2008 ainsi qu'une fracture du mur antérieur de D6. Ce médecin a

fait état d'une diminution des amplitudes articulaires du coude, des limitations de port de charges et d'utilisation active du membre supérieur droit, lesquelles étaient de nature à restreindre les capacités de l'assuré à reprendre son activité professionnelle antérieure. Le Dr K. \_\_\_\_\_ s'est à nouveau prononcé le 6 novembre 2009, observant une discrète amélioration des amplitudes du coude. Le port d'une attelle huméro-antébrachiale restait cependant incontournable. Ce médecin estimait que la capacité de travail de l'intéressé était supérieure à 50%, voire totale dans une activité qui épargnait le membre supérieur droit. Le 1<sup>er</sup> juillet 2010, l'assuré a, sous l'égide de l'assurance-invalidité, entamé un apprentissage dans le but d'obtenir un certificat fédéral de capacité (CFC) de dessinateur en bâtiment au sein de l'entreprise [...] à [...]. Invoquant des douleurs au membre supérieur droit ainsi qu'au dos, l'intéressé a rapidement réduit son taux d'activité à 50%. Dès le 2 septembre 2010, l'assuré ne s'est plus rendu sur son lieu de travail. La formation entreprise a ainsi été interrompue. Le 29 novembre 2010, l'assuré a débuté un stage d'orientation professionnelle auprès de l'entreprise [...] SA, à [...]. Arrivé au terme de cette première mesure, l'intéressé a suivi plusieurs stages, cours ainsi qu'une formation AFP d'employé de bureau, laquelle s'est achevée le 31 juillet 2013. Le 1<sup>er</sup> août 2013, l'assuré a poursuivi son cursus sous la forme d'une formation d'employé de commerce (CFC) auprès de [...] – [...] SA. Le poste de travail de l'intéressé a été adapté afin de permettre une meilleure gestion de ses douleurs au niveau du coude droit. L'assuré a terminé avec succès sa formation durant l'été 2015. Un placement à l'essai a ensuite été accordé à l'intéressé au sein de [...] Sàrl, du 1<sup>er</sup> mars 2016 au 31 mai 2016. Ce placement a abouti, dès le 1<sup>er</sup> juin 2016, à un engagement au sein de cette entreprise en qualité de collaborateur au service comptabilité. Dans un avis médical du 28 novembre 2016, le Service médical de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a, par l'intermédiaire de la Dre H. \_\_\_\_\_, retenu un rendement global de 80% chez l'assuré en tenant compte des limitations fonctionnelles suivantes : pas de travail de force avec le membre supérieur droit, ne pas soulever des charges lourdes avec le membre supérieur droit et la réduction du temps consacré à la prise de note. Le 30 juin 2017, l'assuré a été admis volontairement au Centre de psychothérapie des Toises pour une mise à l'abri d'un geste auto-agressif. Il y a séjourné jusqu'au 7 juillet 2017. A l'occasion d'un rapport de sortie établi le 10 juillet 2017, le Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et la Dre I. \_\_\_\_\_, médecin-assistante, ont fait état d'un épisode dépressif moyen à sévère sans symptômes psychotiques (diagnostic principal) et de traits de personnalité évoquant un trouble de la personnalité, type émotionnellement labile (diagnostic secondaire). Dans un rapport du 27 août 2017, le Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique ainsi qu'une anxiété généralisée. Ce médecin faisait état d'une incapacité de travail totale pour plusieurs mois. Si la situation venait à évoluer favorablement, une reprise ultérieure à temps partiel était envisageable. Face à ces nouveaux éléments, et suivant l'avis de son Service médical (avis médical du 12 janvier 2018), l'OAI a confié la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, rhumatologie et psychiatrie) à la [...] ( [...]), à [...]. Dans leur rapport du 5 juin 2018, les Drs B. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, W. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et R. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, ont retenu les diagnostics suivants : - Arthrose post-traumatique du coude droit (M19.1), status après fracture-luxation de la tête radiale le 24.10.2008, status après résection de la tête radiale et mise en place d'une prothèse le 27 octobre 2008, status après arthrolyse et ablation de la prothèse de tête radiale en mars 2009 (M19.1 et T92.1). - Légère neuropathie du nerf cubital au coude droit

(G56.2). - Dorso-lombalgies mécaniques chroniques (M54.5) dans un contexte de séquelles de maladie de Scheuermann et d'un déconditionnement musculaire. - Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (F33.2). - Anxiété généralisée (F41.1). - Coxarthrose gauche (M16.9). Concernant plus particulièrement les limitations fonctionnelles induites par les pathologies précitées, respectivement leur influence sur la capacité de travail de l'assuré, les médecins de la [...] ont mentionné ce qui suit : Du point de vue somatique, les anomalies entraînent des limitations fonctionnelles : pas de travaux nécessitant force, endurance et mouvements répétés du membre supérieur droit, pas de port de charge, même légère, pas de mouvement répété en porte-à-faux du dos ni de mouvement au-dessus de la ligne des épaules, pas de longs déplacements, pas d'utilisation répétée d'escaliers ni de travaux en stations accroupies. La psychopathologie s'accompagne également d'importantes limitations fonctionnelles, diminution de la capacité à planifier et à structurer les tâches, diminution des capacités d'apprentissage, de flexibilité et d'adaptation, perte de confiance et sentiment de dévalorisation, perte de capacité à évoluer au sein d'un groupe. Capacité de travail Au vu de ce qui précède, les experts s'accordent à estimer que l'assuré présente une incapacité de travail totale, quelle que soit l'activité envisagée, en raison de l'importance de la psychopathologie. La problématique psychiatrique et ses répercussions sur la capacité de travail devraient être réévaluées dans une année environ. Evolution de la capacité de travail Les experts s'accordent à estimer qu'une incapacité de travail de 100 % est justifiée dans l'activité de plâtrier-peintre depuis le 24 octobre 2008. Par la suite, une activité totalement adaptée aux limitations fonctionnelles était exigible à raison de 80 %, probablement depuis l'automne 2009. Une activité totalement adaptée excluait pratiquement l'utilisation du membre supérieur droit. L'activité d'aide de bureau et d'employé de commerce, dans laquelle l'assuré s'est reconverti, n'est pas totalement adaptée, car elle ne nécessite fréquemment l'usage des deux mains. Dans cette activité, au vu des éléments du dossier et des constatations actuelles, une capacité de travail de 100% était exigible, mais avec une baisse de rendement de 60 %. Les experts rejoignent en effet les avis des médecins traitants, des employeurs et de l'assuré et estiment que l'évaluation de l'OAI du 06.10.2015, retenant une capacité de travail de 100% avec un rendement de 80 %, était beaucoup trop optimiste et ne tenait pas compte des exigences réelles du poste d'employé de bureau dans l'entreprise où travaillait l'assuré. Du Dr [...], directeur de l'Orif de Pomy où l'assuré a fait sa formation et où l'évaluation du rendement a été effectuée en automne 2015, mentionnait d'ailleurs que l'assuré devait cibler ses offres sur les postes dans lesquels son rendement n'est pas ou peu affecté. L'expérience a montré que, dans la gérance immobilière qui avait engagé l'assuré, son rendement n'était que de 40%, malgré toute la sa bonne volonté. Le fait qu'il n'utilisait pas certains moyens auxiliaires informatiques mis à sa disposition était lié à leur inadéquation avec le poste de travail et non pas à une négligence de l'assuré. En raison d'une décompensation de l'état dépressif récurrent, une incapacité de travail de 100 % était justifiée à partir du 3 mai 2017, pour une durée indéterminée, quelle que soit l'activité envisagée. Dans un avis médical du 31 août 2018, le SMR a estimé que l'expertise précitée s'avérait convaincante. Cependant, une baisse de rendement de 60% dans une activité adaptée ne se justifiait pas, cette dernière n'étant évoquée qu'en lien avec les besoins spécifiques de l'entreprise qui employait l'assuré. Par projet de décision du 24 janvier 2019, l'OAI a avisé l'assuré qu'il entendait lui reconnaître un droit à une rente d'invalidité à partir du 1 er décembre 2009, selon les modalités suivantes : - une demi-rente du 1 er décembre 2009 au 31 juillet 2017, basée sur un degré d'invalidité de 52 % et - une rente entière dès le 1 er août 2017, basée sur un degré

d'invalidité de 100 % (sous réserve des déductions des prestations d'indemnités journalières). Représenté par Me Jean-Michel Duc, S. \_\_\_\_\_ a présenté des objections à ce projet le 1<sup>er</sup> mars 2019. Il faisait valoir que le constat selon lequel il disposait d'une capacité de travail de 80% dès le 1<sup>er</sup> décembre 2009 était en totale contradiction avec les appréciations des médecins consultés. Par trois décisions du 19 septembre 2019, l'OAI a alloué à l'assuré une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> décembre 2009 au 28 février 2011, une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> mai 2016 au 31 juillet 2017 et une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> août 2017. Il a par ailleurs précisé que l'assuré recevrait un montant de 88'951 fr. 90 à titre de rétroactif de rentes, après compensation de la somme de 13'153 fr. 70 au titre d'indemnités journalières de l'assurance-invalidité perçues en trop et restitution de la somme de 70'966 fr. 40 à H. \_\_\_\_\_ SA. B. a) Par acte du 17 octobre 2019, S. \_\_\_\_\_ a déféré les décisions précitées devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à leur réforme en ce sens qu'il soit mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2009 et qu'aucune compensation ne soit effectuée avec les indemnités journalières de l'assurance-invalidité. S'agissant du taux d'invalidité retenu par l'OAI, il alléguait avoir disposé d'une capacité de travail limitée à 40% entre le 1<sup>er</sup> décembre 2009 et le 31 juillet 2017, induisant un taux d'invalidité de 76%, et, partant, le droit à une rente entière d'invalidité. S'agissant de la compensation opérée avec les indemnités journalières, il invoquait, d'une part, une violation de son droit d'être entendu, dans la mesure où il n'avait pas eu l'occasion de se prononcer sur la somme à rembourser et où les décisions entreprises n'était aucunement motivées, et, d'autre part, une violation du droit, dans la mesure où l'OAI ne pouvait plus procéder à la modification des décisions d'octroi des indemnités journalières rendues en 2010, 2011 et 2016, la voies de la révision procédurale respectivement de la reconsidération étant closes. b) Dans sa réponse du 12 décembre 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation des décisions attaquées. S'agissant de la question des indemnités journalières, il a renvoyé à la prise de position de la Caisse de compensation compétente. c) Dans sa réponse du 13 décembre 2019, la Caisse de compensation des entrepreneurs a détaillé le calcul menant au montant des indemnités journalières perçues à tort et confirmé un montant net à restituer de 13'153 fr. 70. d) Répliquant en date du 4 février 2020, S. \_\_\_\_\_ a confirmé ses conclusions précédemment formulées et conclu au surplus à ce que l'OAI lui verse l'intégralité du montant rétroactif des rentes. Il estimait que l'OAI n'aurait pas dû verser le rétroactif des rentes à [...] SA [recte : H. \_\_\_\_\_ SA]. e) Dupliquant le 2 mars 2020, l'OAI a transmis une prise de position de la Caisse de compensation des entrepreneurs établie le 27 février 2020, dans laquelle celle-ci maintenait sa position. E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. Le litige porte, d'une part, sur le droit du recourant à une rente d'invalidité pour la période du 1<sup>er</sup> décembre 2009 au 31 juillet 2017, singulièrement sur le degré d'invalidité à la base de cette

prestation, et, d'autre part, sur le montant du rétroactif à recevoir par le recourant de la part de l'assurance-invalidité. 3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA ; art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI). c) Un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demie rente, un taux d'invalidité de 60% au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI). 4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4). 5. a) En l'occurrence, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expertise réalisée par la [...], selon lesquelles le recourant dispose d'une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée à ses

limitations fonctionnelles depuis l'automne 2009 , soit une activité ménageant complètement son membre supérieur droit. En effet, la [...] a motivé ses conclusions à satisfaction, ces dernières résultant d'un examen clinique approfondi et d'une étude minutieuse des pièces au dossier. La [...] a en outre indiqué de manière convaincante que les activités, telles qu'elles avaient été exercées par le recourant - soit notamment ses activités d'employé de commerce en formation et, ensuite, de collaborateur au service comptabilité chez [...] Sàrl exercée à des taux inférieur à 80% malgré la bonne volonté de l'assuré - n'étaient probablement pas totalement adaptées à ses limitations fonctionnelles. Les rendements moindres constatés, notamment par le Dr K. \_\_\_\_\_ en date du 7 décembre 2016, s'expliquaient également, en partie, par le fait que le recourant n'avait pas utilisé certains moyens auxiliaires informatiques mis à sa disposition. Le Dr K. \_\_\_\_\_ n'apporte aucun élément clinique susceptible de conclure durablement à une diminution supérieure à 20% du rendement du recourant dans une activité parfaitement adaptées à ses limitations fonctionnelles. Ce médecin constate au contraire des amplitudes articulaires du coude droit qui restaient superposables à celles relevées en 2015. Quant à l'arrêt de travail à temps complet décidé le 3 mai 2017, il apparaît essentiellement motivé par des considérations psychiques (incapacité à faire face à ses obligations professionnelles, fatigue intense) et non somatiques, considérations parfaitement prises en compte par les experts de la [...]. S'agissant du rapport médical du 1 er juillet 2016 réalisé par le Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, il ne met pas en lumière une appréciation divergente permettant de douter des constatations de la [...]. Ce médecin ne s'est d'ailleurs pas prononcé sur la capacité de travail du recourant, indiquant qu'une évaluation des activités exigibles devait être réalisée dans le cadre d'une expertise médicale. b) Sur le vu de ce qui précède, les conclusions prises par les médecins de la CRR peuvent être suivies. c) Par ailleurs, les termes de la comparaison des revenus effectuée par l'office intimé ne font pas l'objet d'une quelconque contestation. L'office intimé a correctement retenu un revenu sans invalidité de 101'723 fr. ainsi qu'un revenu avec invalidité de 49'049 fr. 21, ce qui induit une perte de gain de 52'673 fr. 79 correspondant effectivement à un degré d'invalidité de 52%. L'octroi d'une demi-rente d'invalidité du 1 er décembre 2009 au 31 juillet 2017 peut ainsi être confirmé. 6. A la lecture des décisions entreprises, l'office intimé a versé un montant de 88'951 fr. 90 à titre de rétroactif de rentes, après avoir d'une part compensé la somme de 13'153 fr. 70 au titre des indemnités journalières perçues en trop et d'autre part restitué la somme de 70'966 fr. 40 à H. \_\_\_\_\_ SA. 7. a) Le recourant soutient qu'aucune compensation ne devait être effectuée entre le montant versé à titre de rétroactif de rente et les indemnités journalières de l'assurance-invalidité, au motif que les conditions d'une révision procédurale ou d'une reconsidération n'étaient pas remplies. b) A teneur de l'art. 22 LAI, l'assuré a droit à une indemnité journalière pendant l'exécution des mesures de réadaptation, si ces mesures l'empêchent d'exercer une activité lucrative durant trois jours consécutifs au moins, ou s'il présente, dans son activité habituelle, une incapacité de travail de 50 % au moins (al. 1). L'indemnité journalière se compose de l'indemnité de base, à laquelle tous les assurés ont droit, et d'une prestation pour enfant (al. 2). L'assuré n'a pas droit à une prestation pour les enfants pour lesquels des allocations pour enfant ou des allocations de formation prévues par la loi sont déjà versées (al. 3, dernière phrase). L'indemnité de base s'élève à 80 % du revenu de l'activité lucrative que l'assuré percevait pour la dernière activité exercée sans restriction due à des raisons de santé et, pour l'assuré qui suit des mesures de nouvelle réadaptation au sens de l'art. 8a, à 80 % du revenu qu'il percevait immédiatement avant le

début des mesures. Dans tous les cas, l'indemnité s'élève toutefois à 80 % au plus du montant maximal de l'indemnité journalière, lequel correspond au montant maximum du gain assuré journalier fixé dans la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20) (art. 23 al. 1 et 1bis LAI en relation avec l'art. 24 al. 1 LAI). Le calcul du revenu de l'activité lucrative se fonde sur le revenu moyen sur lequel les cotisations prévues par la LAVS (loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10) sont prélevées (art. 23 al. 3 LAI). c) Selon l'art. 47 al. 1 LAI, durant la mise en œuvre des mesures d'instruction, des mesures de réadaptation et des mesures de nouvelle réadaptation au sens de l'art. 8 a LAI les bénéficiaires perçoivent leur rente en dérogation à l'art. 19, al. 3, LPGA. Les rentes sont perçues jusqu'à la décision de l'office AI visée à l'art. 17 LPGA s'ils suivent des mesures de nouvelle réadaptation prévues à l'art. 8 a (art. 47 al. 1 bis let. a LAI) ou, pour les autres mesures de réadaptation, au plus jusqu'à la fin du troisième mois civil entier qui suit le début des mesures (art. 47 al. 1 bis let. b LAI). Les bénéficiaires de rente ont droit en outre à une indemnité journalière. Durant la mise en œuvre des mesures d'instruction ou de réadaptation, l'indemnité est toutefois réduite d'un trentième du montant de la rente pendant la période au cours de laquelle deux prestations sont dues (art. 47 al. 1 ter LAI). Lorsqu'une rente succède à une indemnité journalière, elle est versée, en dérogation à l'art. 19, al. 3, LPGA, sans réduction pour le mois durant lequel le droit à l'indemnité journalière prend fin. Durant ce mois, l'indemnité journalière est en revanche réduite d'un trentième du montant de la rente (art. 47 al. 2 LAI). d) Conformément au ch. 5051 de la directive de l'OFAS concernant le calcul et le versement des indemnités journalières ainsi que la perception des cotisations (DIJ), l'indemnité journalière est réduite d'une somme égale au montant journalier de la rente lorsque une indemnité journalière et une rente AI sont allouées en même temps. Tel est le cas lorsque l'indemnité journalière succède à la rente de l'assurance-invalidité ; cette dernière est accordée, en sus de l'indemnité journalière et sans réduction, au plus jusqu'à la fin du troisième mois civil entier qui suit le début des mesures d'instruction ou de réadaptation, l'indemnité journalière étant pour sa part réduite d'un trentième du montant de la rente de l'assurance-invalidité (ch. 2009 DIJ). De même, lorsque la rente de l'assurance-invalidité succède à l'indemnité journalière, la rente n'est pas réduite durant le mois pendant lequel le droit à l'indemnité s'éteint ; l'indemnité journalière subit également une réduction (ch. 2010 DIJ). e) Dans le cas d'espèce, le recourant a été mis au bénéfice d'indemnités journalières de l'assurance-invalidité à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2010. En raison de l'interruption de la mesure de reclassement entamée par le recourant au sein de l'entreprise [...] à [...], le versement des indemnités journalières a cessé le 30 septembre 2010. Il a repris ensuite dès le 29 novembre 2010, l'intéressé ayant entamé un stage d'orientation professionnelle auprès de l'entreprise [...] SA, à [...], pour se poursuivre jusqu'au 31 mai 2016. A la lecture des trois décisions entreprises, l'office intimé a procédé au versement d'une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> décembre 2009 au 28 février 2011 et du 1<sup>er</sup> mai 2016 au 31 juillet 2017. Dans la mesure où des périodes de versement d'indemnités journalières et de rente d'invalidité se confondent, soit entre le 1<sup>er</sup> juillet et le 30 septembre 2010, entre le 29 novembre 2010 et le 28 février 2011 et entre le 1<sup>er</sup> et le 30 mai 2016, l'office intimé a, en application de l'art. 47 LAI et du chiffre 5051 DIJ, correctement réduit le montant de l'indemnité journalière de la somme correspondant au montant journalier de la rente allouée. En procédant de la sorte, l'office intimé a reconsidéré les décisions d'indemnités journalières qu'il avait précédemment rendues, celles-ci s'étant avérées manifestement erronées à la suite de l'octroi d'une rente d'invalidité au recourant. Pour le

reste, le calcul entrepris est détaillé à satisfaction dans le courrier du 13 décembre 2019 établi par la Caisse de compensation des entrepreneurs. Du montant brut des indemnités journalières perçues à tort (14'012 fr. 80), la Caisse a également correctement déduit les cotisations aux assurances sociales (859 fr. 10) en application de l'art. 25 LAI, afin de dégager le montant net soumis à restitution de 13'153 fr. 70. f) Sur le vu de ce qui précède, les règles légales et les directives administratives pertinentes ont été respectées. C'est ainsi à bon droit que les indemnités journalières perçues en trop par le recourant ont été compensées avec le rétroactif de rente. 8. a) Le recourant conteste également le remboursement d'un montant de 70'966 fr. 40 opéré par l'office intimé en faveur de H.\_\_\_\_\_ SA, assureur perte de gain du recourant. b) D'après l'art. 22 al. 2 LPGA, les prestations accordées rétroactivement par l'assureur social peuvent être cédées à l'employeur ou à une institution d'aide sociale publique ou privée dans la mesure où ceux-ci ont consenti des avances (let. a), ainsi qu'à l'assureur qui a pris provisoirement à sa charge des prestations (let. b). En vertu de l'art. 85bis RAI, dont la base légale se trouve à l'art. 22 al. 2 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 (al. 1, 1ère phrase). Selon l'alinéa 2 de cette disposition, sont considérées comme une avance: (let. 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, ainsi que (let. b) les prestations versées contractuellement ou légalement, pour autant que le droit au remboursement, en cas de paiement d'une rente, puisse être déduit sans équivoque du contrat ou de la loi (voir également ATF 136 V 381 consid. 4.1 et 135 V 2 consid. 5.2.2). De jurisprudence constante, le droit au versement en mains de tiers prévu à l'art. 85bis RAI va largement au-delà du simple droit au remboursement qu'une compagnie d'assurance aurait prévu à l'endroit d'un assuré ayant indûment perçu des prestations, pour cause de surassurance par exemple. Le versement en mains de tiers présuppose non seulement le bien-fondé matériel de la créance en remboursement et la réalisation des conditions inhérentes à la reconsidération, mais va également de pair avec un changement des débiteurs et des créanciers qui seul permet la compensation d'un paiement rétroactif et d'une demande en remboursement. Pour pouvoir parler d'un droit non équivoque au remboursement à l'égard de l'assurance-invalidité au sens de l'art. 85 bis al. 2 let. b RAI, il faut que le droit direct au remboursement découle expressément d'une norme légale ou contractuelle (ATF 136 V 381 consid. 5.1.1; 135 V 2 consid. 6.1.2; 133 V 14 consid. 8.3). c) D'après l'art. 12 al. 2 des conditions générales de l'assurance individuelle d'une indemnité journalière selon la LCA (édition 01.08.2000) de H.\_\_\_\_\_ SA, l'assureur avance les prestations assurées aussi longtemps que le droit à une rente d'une assurance sociale ou privée n'est pas établi. Dès l'octroi de cette rente, l'assureur complète les prestations dans les limites de celles prévues dans la police ; la restitution du trop versé reste acquise à l'assureur. d) La disposition contractuelle précitée permet à l'assureur de s'adresser aux organes de l'assurance-invalidité et d'exiger le versement de l'arriéré de la rente d'invalidité en compensation de son avance et jusqu'à concurrence de celle-ci. En effet, l'économie du contrat postule que, dès lors qu'une rente de l'assurance-invalidité est versée, l'assuré n'a droit, pour la période concernée, qu'à la différence entre le montant de cette rente et le montant de l'indemnité journalière assurée. L'art. 12 al. 2 des conditions générales

d'assurance, qui règlemente le droit à la restitution des prestations excédentaires, constitue une expression - juridiquement valable - de l'acceptation par la personne assurée du caractère illicite d'une situation de surassurance (au sens du contrat d'assurance). Cette clause d'assurance inclut la cession - limitée au montant de la surindemnisation - de l'ensemble des droits dont la personne assurée peut disposer à l'égard de l'assurance-invalidité et, partant, le droit pour l'assureur de se faire rembourser, par la voie de la compensation, les avances qu'il a effectuées (cf. TF 9C\_488/2010 du 16 août 2011 consid. 4.2). e) Le montant réclamé par l'assureur-maladie du recourant, soit un montant total de 70'966 fr. 40 n'est en l'occurrence pas contesté par le recourant. Compte tenu de ce qui précède, c'est à bon droit que l'office intimé a reconnu à H.\_\_\_\_\_ SA le droit d'obtenir le remboursement des avances perçues en trop par le recourant. 9. a) Pour finir, le recourant se plaint également d'une violation de son droit d'être entendu en tant qu'il n'a pas eu la possibilité de se prononcer sur les sommes déduites du rétroactif de rentes et que les décisions entreprises n'étaient aucunement motivées à ce sujet. b) L'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) garantit aux parties à une procédure judiciaire ou administrative le droit d'être entendues (cf. également dans le cadre des procédures devant les assureurs sociaux [cf. art. 42 LPG]). Le droit d'être entendu comprend notamment le droit pour l'intéressé de s'exprimer sur les éléments pertinents avant qu'une décision ne soit prise touchant sa situation juridique, le droit de consulter le dossier, de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuve pertinentes, de participer à l'administration des preuves essentielles ou à tout le moins de s'exprimer quant à son résultat, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre, et le droit d'obtenir une décision motivée (ATF 135 II 286 consid. 5.1 ; 129 II 497 consid. 2.2 et 127 I 54 consid. 2b avec les arrêts cités). Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 132 V 387 consid. 5.1 et 127 V 431 consid. 3d/aa). Pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, la violation du droit d'être entendu est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 132 V 387 consid. 5.1 et les arrêts cités). c) En l'état, il ne se justifie pas de prononcer l'annulation des décisions litigieuses par suite de la violation alléguée du droit d'être entendu du recourant. Dans la mesure où la Cour de céans est dotée d'un plein pouvoir d'examen de la présente affaire et que le recourant a eu la possibilité de s'exprimer sur tous les aspects du litige, il sied de considérer un éventuel vice comme réparé. 10. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et les décisions attaquées confirmées. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPG, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis, première phrase, LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe. c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPG). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. Les décisions rendues le 19 septembre 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont confirmées. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de S.\_\_\_\_\_. IV. Il n'est pas alloué de dépens. Le président : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Duc, pour le recourant, ■ l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - l'Office

fédéral des assurances sociales, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). Le greffier :

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