

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 février 2015

Composition : M. MERZ, juge unique
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

P. _____, à Juriens, recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat
à Lausanne,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD, à
Vevey, intimé.

Art. 22 LPGA et 85bis RAI

E n f a i t :

A. Titulaire d'un CFC de menuisier obtenu en 1964, P. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le 29 juillet 1945, a exercé cette profession à plein temps en tant qu'indépendant dès l'obtention de son diplôme. Le 30 octobre 2003, l'assuré a été victime d'un accident : en travaillant sur un chantier, une cage d'escalier en construction s'est effondrée sous son poids provoquant une chute d'environ 4 m. Souffrant d'une fracture du calcaneum gauche et du cadre obturateur droit ainsi que d'une fracture costale droite, troisième et quatrième arc costal, l'assuré a séjourné dans divers établissements hospitaliers du jour de l'accident jusqu'au 24 décembre 2003. Il n'a pas repris d'activité professionnelle à la suite de cet accident.

Le 29 juin 2004, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé), sollicitant l'octroi d'une rente.

Par décision du 17 avril 2007, l'office AI a dénié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, motif pris que sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée à son état de santé, le degré d'invalidité après comparaison des gains étant de 12,75%.

Saisie d'un recours de l'assuré contre cette décision, la Cour de céans l'a partiellement admis par arrêt du 28 mai 2013 (cause n° AI 165/07 - 121/2013) en lui reconnaissant le droit à une rente entière de l'assurance-invalidité dès le 1^{er} octobre 2004. Il était par ailleurs précisé qu'il revenait à l'office AI de calculer le montant de la rente due. Cet arrêt n'a pas été attaqué.

B. Reprenant le traitement du dossier, l'office AI a rendu une décision formelle en date du 20 novembre 2013. Aux termes de cette dernière, la rente mensuelle d'invalidité s'élevait à 1'665 fr. pour la période du 1^{er} octobre 2004 au 31 décembre 2004, à 1'697 fr. pour la

période du 1^{er} janvier 2005 au 31 décembre 2006, à 2'210 fr. pour la période du 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2008 et à 2'280 fr. pour la période du 1^{er} janvier 2009 au 31 juillet 2010, soit trois mois à 1'665 fr., 24 mois à 1'697 fr., 24 mois à 2'210 fr. et 19 mois à 2'280 fr, soit un total de 163'831 fr., intérêts moratoires par 21'748 fr. inclus. Le montant encore dû en faveur de l'assuré s'élevait toutefois à 94'015 fr. 20 compte tenu des déductions suivantes : 46'433 fr. au titre de prestations déjà versées, 1'582 fr. correspondant à des indemnités journalières AI versées en février et mars 2006 ainsi que 21'800 fr. 80 que la Caisse cantonale de compensation AVS (ci-après : la Caisse AVS) avait versé directement à K._____ Assurances SA, assurance perte de gain de l'assuré. Cette dernière déduction se fondait sur une demande de compensation du 12 septembre 2013 (dont seule la première page figure au dossier) adressée à l'assuré dans laquelle K._____ Assurances SA écrivait notamment ce qui suit :

« En application de nos Conditions Générales d'Assurance qui stipulent, que "si l'assuré (e) perçoit pour la maladie une prestation des assurances sociales ou d'entreprises ou encore de tiers responsables, nous complétons ces prestations à la fin du délai d'attente, jusqu'à concurrence de l'indemnité journalière convenue cas échéant, jusqu'au plein salaire en cas de dérogation expresse" (...). »

Le décompte qui suivait faisait état de prestations versées pour la période courant du 1^{er} octobre 2004 au 28 octobre 2005 pour un montant total de 39'275 fr. 20.

C. Par acte du 20 décembre 2013, P._____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud (CASSO) en concluant avec suite de dépens à sa réforme « en ce sens que l'Office AI est condamné à [lui] verser (...) [la] somme de CHF 21'800.80 avec intérêts ». Il fait valoir qu'il avait contracté avec K._____ Assurances SA une assurance de somme (assurance de personne) et non pas une assurance de dommage. Faute de dispositions contraires figurant dans une loi spéciale ou dans un accord contractuel, le principe du droit au cumul prévaudrait. Se référant en outre à deux arrêts de l'ancien Tribunal fédéral des assurances (TFA I 282/99 et I 31/00), il soutient que les

conditions générales d'assurance ne contiennent pas de clause formulant de manière claire (non équivoque) un droit direct au remboursement des prestations à l'encontre de l'AI. C'est donc à tort que l'office AI a versé à K._____ Assurances SA et non à lui-même la somme de 21'800 fr. 80. A l'appui de son recours, il produit un lot de pièces, au nombre desquelles figurent divers documents en relation avec la police d'assurance conclue avec K._____ Assurances SA, en particulier les « Conditions générales d'assurance régissant l'assurance collective indemnité journalière selon la LCA » (ci-après : CGA) dans leur édition de 1998.

Dans sa réponse du 18 février 2014, l'office AI a fait savoir qu'il se ralliait à la prise de position de la Caisse AVS du 14 février précédent. Cette dernière indique que K._____ Assurances SA a requis en date du 13 septembre 2013 la compensation des avances consenties au cours de la période du 1^{er} octobre 2004 au 28 octobre 2005 à hauteur de 21'800 fr. 80. S'appuyant ensuite sur un arrêt du Tribunal fédéral du 26 juillet 2007 (I 256/06), elle rappelle que par la signature d'une procuration le 15 juillet 2004, le recourant avait autorisé K._____ Assurances SA à demander que les prestations qui lui seraient avancées jusqu'à droit connu sur la demande de prestations de l'assurance-invalidité lui soient remboursées directement (ch. 3 de la procuration). Par ailleurs, dans un courrier du 12 septembre 2013, K._____ Assurances SA avait signalé au recourant que le remboursement de 21'800 fr. 80 serait demandé à l'office AI, ce à quoi l'intéressé n'avait pas réagi. Enfin, un collaborateur de K._____ Assurances SA en charge du dossier a confirmé que la procuration signée le 15 juillet 2004 par l'assuré n'avait pas été révoquée. La déduction opérée par l'office AI de 21'800 fr. 80 au titre du remboursement des avances consenties par K._____ Assurances SA était donc fondée.

En réplique du 17 mars 2014, le recourant répète que le contrat conclu avec K._____ Assurances SA porte sur une assurance de somme, prévoyant le versement d'indemnités journalières à 100% après un délai d'attente de trente jours sur la base d'un salaire conventionnel fixé à 36'500 fr. En revanche, les CGA se rapportent à l'assurance perte de

gain du personnel de l'entreprise ce qui en fait une assurance de dommage couvrant le salaire des collaborateurs. Couvrant la perte de gain en cas de maladie, il est prévu la prise en compte des rentes AI en déduction des indemnités journalières. Tel n'est toutefois pas le cas d'une assurance de somme, dont l'indemnité journalière est calculée sur la base d'un montant fixe convenu, les prestations étant ainsi versées indépendamment de tout dommage. S'agissant du contenu de la procuration signée en 2004, le recourant relève qu'elle portait essentiellement sur l'autorisation donnée à K._____ Assurances SA de consulter toutes les pièces administratives et médicales. De plus, l'autorisation conférée à K._____ Assurances SA et non à l'office AI de procéder à des déductions sur les prestations allouées par l'assurance-invalidité a posteriori est conditionnée à l'existence d'une surassurance, laquelle, comme en l'espèce, n'entre pas en ligne de compte en cas de concours entre une assurance de somme et des rentes AI. Enfin, contrairement à ce qui ressort de la procuration signée en 2004, les indemnités journalières n'ont pas été versées à titre d'avances faute de couvrir un dommage. En conséquence, le recourant maintient ses conclusions tendant à l'admission du recours.

Le 4 juin 2014, l'intimé a joint une écriture de la Caisse AVS du 28 novembre (recte : mai) 2014 dans laquelle elle a d'abord rappelé que l'art. 26 des CGA prévoyait la compensation des prestations versés par K._____ Assurances SA avec des arriérés de rentes versées par une assurance sociale, en l'occurrence l'assurance-invalidité. La question de la compensation ne dépendait dès lors pas de savoir s'il s'agissait d'une assurance de somme ou de dommage. En ce qui concerne la procuration signée le 15 juillet 2004, elle rappelle qu'elle n'a pas été révoquée et qu'elle est donc toujours valable. En outre, le recourant n'a pas donné suite à la lettre du 12 septembre 2013 par laquelle K._____ Assurances SA l'informait qu'un montant de 21'800 fr. 80 serait demandé à l'assurance-invalidité en compensation des avances versées. Enfin, la remarque du recourant selon laquelle la procuration précitée porte essentiellement sur l'autorisation donnée à K._____ Assurances SA de consulter toutes les pièces administratives et médicales contenues dans le

dossier AI tombe à faux dans la mesure où le point 3 de la procuration autorise K. _____ Assurances SA à requérir la compensation de ses avances avec les prestations de l'AI. La Caisse AVS estime par conséquent que le versement de la somme de 21'800 fr. 80 à K. _____ Assurances SA est fondé. Quant à l'intimé, il déclare se rallier sans réserve à ces conclusions.

S'exprimant une ultime fois par écriture du 2 juillet 2014, le recourant observe pour l'essentiel que l'intimé ne saurait se livrer à une interprétation extensive de la procuration pour admettre l'existence d'une surassurance, de déduction et de sommes versées à titre d'avance, à peine de violer le contrat conclu entre les parties, lequel porte sur une assurance de somme couvrant la perte de gain du chef d'entreprise. Il explique par ailleurs que les CGA ne prévoient de compensation avec les rentes de l'assurance-invalidité qu'en cas d'accident et non de maladie (cf. chiffre 24 des CGA). Enfin, il souligne que la procuration, au demeurant en contradiction avec les police d'assurance et les conditions générales, a été retirée. Partant, le recourant « maintient ses conclusions tendant au rejet du recours (réd. : sic), le tout avec suite de frais et dépens. »

Ces déterminations ont été transmises pour information à l'office intimé, lequel n'a pas réagi.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent en principe à l'AI, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours devant le tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 LPGA). Le

recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, formé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). La valeur litigieuse étant inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du magistrat instructeur statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. En l'espèce, seule est litigieuse la question de savoir si l'office AI était fondé à déduire le montant de 21'800 fr. 80 des paiements de rente rétroactifs dus à l'assuré pour la période du 1^{er} octobre 2004 au 31 juillet 2010, et à allouer ce montant directement à K. _____ Assurances SA au titre de compensation avec les indemnités journalières servies par cette dernière durant la période susmentionnée.

3. a) L'art. 22 al. 1 LPGA prévoit que le droit aux prestations des assureurs sociaux est incessible et que toute cession ou mise en gage est nulle. Selon l'alinéa 2 de cette disposition, il est toutefois possible de céder les prestations accordées rétroactivement par l'assureur social 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).

D'après l'art. 85bis al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; 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. 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. Ce régime n'a pas été modifié par l'entrée en vigueur de l'art. 22 al. 2 LPGA (TF 9C_926/2010 du 4 août 2011 consid. 3.1; TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 518/05 du 14 août 2006 consid. 2.1 in SVR 2007 IV n° 14 p. 52).

Selon l'art. 85bis al. 2 RAI, sont considérées comme une avance, les prestations librement consenties, que l'assuré s'est engagé à rembourser, pour autant qu'il ait été convenu par écrit que l'arriéré serait versé au tiers ayant effectué l'avance (let. a) et 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 (let. b). 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 (al. 3).

b) 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 est 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'AI, il faut que le droit direct au remboursement découle expressément d'une norme légale ou contractuelle (ATF 133 V 14 consid. 8.3 et les références). On rappellera aussi que l'art. 85bis RAI n'est pas simplement destiné à protéger les intérêts publics en général. Il vise certes à favoriser une bonne coordination des assurances sociales, notamment par la prévention d'une surindemnisation pour une période pendant laquelle l'assuré reçoit

rétroactivement une rente. Mais il vise aussi à sauvegarder les intérêts de tiers qui ont versé des avances à l'assuré en attendant qu'il soit statué sur ses droits (ATF 133 V 14 précité consid. 8.4).

Interprétant la volonté du législateur sur la base des travaux parlementaires, le Tribunal fédéral des assurances a précisé que la réglementation des paiements en mains de tiers était limitée aux versements rétroactifs de prestations d'assureurs sociaux et que l'art. 85bis RAI constituait la norme réglementaire autorisant le paiement en mains de tiers du rétroactif des prestations de l'assurance-invalidité (TFA I 428/05 du 18 avril 2006 et I 31/00 du 5 octobre 2000 in Pratique VSI 4/2003 p. 265).

Tenant compte de la différence qu'il y a lieu de faire entre l'obligation de restituer des avances de prestations et l'accord pour le paiement en mains de tiers, le Tribunal fédéral des assurances a considéré que la demande de paiement de prestations rétroactives en mains de tiers au sens de l'art. 85bis RAI allait plus loin qu'une simple demande de restitution de prestations indûment touchées ou résultant d'une surindemnisation, adressée à l'assuré. Le paiement en mains de tiers ne suppose pas uniquement le bien fondé matériel de la créance en restitution et la réalisation des conditions qui permettent de revenir sur la décision, mais il s'accompagne d'un changement de la qualité de débiteur et de créancier, élément indispensable pour rendre possible la compensation (TFA I 428/05 précité consid. 4, confirmé notamment dans les arrêts TF 9C_926/2010 précité consid. 5.3 et I 256/06 du 26 septembre 2007 consid. 3.3).

c) 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 (TF 9C_926/2010 précité consid. 4.2 et les références citées).

4. a) Il convient ainsi d'examiner, à la lumière des principes qui viennent d'être rappelés, si K. _____ Assurances SA peut en l'espèce se prévaloir de l'art. 26 des CGA pour réclamer le paiement en ses mains de l'arriéré de rente dû au recourant pour la période du 1^{er} octobre 2004 au 31 octobre 2005, pour des avances qu'elle a consenties pendant la période du 1^{er} octobre 2004 au 28 octobre 2005, à concurrence de la somme de 21'800 fr. 80.

b) Selon la jurisprudence constante, peut notamment se prévaloir de l'art. 85bis al. 2 let. b RAI l'assureur qui a versé des indemnités journalières en vertu d'une assurance collective d'indemnité journalière selon la LCA (loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 ; RS 221.229.1), pour autant que le droit d'obtenir un paiement direct de l'assurance-invalidité découle expressément d'une norme légale ou contractuelle, laquelle peut se trouver dans les conditions générales d'assurance (TF 9C_300/2008 du 28 octobre 2008 consid. 1.1 ; 9C_806/2007 du 20 octobre 2008 consid. 1.1 ; I 256/06 du 26 septembre 2007 consid. 3.2; TFA I 428/05 du 18 avril 2006 consid. 4.4.2 et I 632/03 du 9 décembre 2005 consid. 3.3.2; voir aussi le ch. 10064 des Directives concernant les rentes de l'assurance vieillesse, survivants et invalidité fédérale [DR], qui prévoit qu'en principe, est également considéré comme tiers ayant fait des avances une caisse-maladie admise, qui a conclu une assurance collective pour des indemnités journalières avec un employeur).

En l'espèce, il apparaît que K. _____ Assurances SA a versé des indemnités journalières sur la base d'une assurance collective d'indemnité journalière régie par la LCA. Il s'ensuit que l'argument du recourant selon lequel K. _____ Assurances SA ne pourrait pas se prévaloir de l'art. 85bis al. 2 let. b RAI au motif que l'on se trouverait en présence d'une assurance de somme conclue entre K. _____ Assurances SA et le recourant doit d'emblée être écarté.

c) Il reste dès lors à examiner si l'art. 26 des CGA de K. _____ Assurances SA institue un droit non équivoque au remboursement au sens

de l'art. 85bis al. 2 let. b RAI à l'égard de l'assurance-invalidité (cf. consid. 3a et 3b supra).

L'art. 26 des CGA a la teneur suivante:

« Si le droit à une rente découlant d'une assurance sociale ou d'entreprise n'est pas encore établi, nous faisons l'avance de l'indemnité journalière convenue et, dès l'établissement de ce droit, sommes autorisés à exiger de l'assuré la restitution de l'excédent de prestations. »

L'arrêt rendu par le Tribunal fédéral le 26 septembre 2007 dans la cause I 256/06 concernait précisément l'art. 26 des CGA de K._____ Assurances SA dont la teneur, rapportée au considérant 3.2 de cet arrêt, est identique à celle figurant ci-dessus. Dans cette affaire, K._____ Assurances SA avait recouru devant la juridiction cantonale contre la décision de l'office AI refusant le versement des paiements rétroactifs en sa faveur. Déboutée, elle avait saisi le Tribunal fédéral d'un recours contre le jugement cantonal en concluant derechef au versement desdits paiements. Dans son arrêt, le Tribunal fédéral a constaté que cette disposition contractuelle constituait bien un droit de K._____ Assurances SA d'exiger une restitution des prestations, valable à l'égard de l'assuré lui-même, mais pas du tiers ayant versé les prestations rétroactives (consid. 3.3 avec référence à l'arrêt du TFA rendu le 18 avril 2006 dans la cause I 428/05). Cela étant, pour que l'on puisse parler d'un droit sans équivoque au remboursement à l'égard de l'AI, il faut que ce droit direct découle expressément d'une norme légale ou contractuelle. Font notamment partie des prestations contractuelles celles qui sont versées sur la base des conditions générales d'une assurance collective pour les indemnités journalières pour autant que le contrat prévoie expressément un droit à restitution contre l'assureur social et non contre l'assuré lui-même (cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève-Zurich-Bâle 2011, n. 3323, p. 894 et la référence citée). A la lumière de ce qui précède, on ne saurait donc considérer que l'art. 26 des CGA de K._____ Assurances SA lui permette d'obtenir un paiement direct de la part de l'assurance-invalidité en application de l'art. 85bis al. 2 let. b RAI. De toute manière, à la différence

de l'arrêt I 256/06 précité, le présent litige n'oppose pas K. _____ Assurances SA à l'office intimé, lequel a d'ailleurs déjà déduit de l'arriéré de rentes en faveur de l'assuré le montant revenant à K. _____ Assurances SA.

d) Subsiste la question de savoir si la « procuration » signée par P. _____ le 15 juillet 2004 constitue un accord écrit suffisant pour donner à K. _____ Assurances SA le droit à un versement direct des prestations rétroactives de l'AI. A teneur du point 3 de ce document, « P. _____ (...) autorise K. _____ Assurances SA (dans le cadre d'une surassurance éventuelle) à déduire, des prestations allouées par l'AI a posteriori, les sommes versées à titre d'avance pour la même période dans le cadre de l'assurance indemnité journalière, toutefois, au maximum jusqu'à concurrence du montant alloué par la caisse de compensation, cas échéant de notre participation. Cette procuration peut être retirée en tout temps par le/la soussigné (e). »

Selon la jurisprudence, l'utilisation du formulaire spécial prévu à l'art. 85bis al. 1 RAI est uniquement une prescription d'ordre (ATF 131 V 242 consid. 6.2 ; 136 V 381 consid. 5.2). Ainsi, le tiers qui veut obtenir directement un paiement de prestations rétroactives de l'AI, peut établir l'accord du bénéficiaire de celles-ci par un autre moyen que le formulaire ad hoc. Dès lors, l'existence d'un éventuel accord donné au moyen de la « procuration » du 15 juillet 2004 ne peut être exclue d'emblée pour des raisons formelles. En l'espèce, on ne peut que constater que cette « procuration » constitue un accord écrit permettant à K. _____ Assurances SA de faire usage du droit qui lui est conféré dans ce document de demander le versement des avances consenties (cf. TF I 256/06 cité consid. 4 ; cf. par ailleurs ATF 136 V 381 consid. 5). Dans ce but, elle a adressé à P. _____ une lettre datée du 12 septembre 2013, à laquelle celui-ci n'a pas réagi. C'est donc en vain que le recourant allègue une révocation de la procuration signée le 15 juillet 2004. Outre que celle-ci ne ressort d'aucun élément au dossier, un collaborateur de K. _____ Assurances SA en charge de celui-ci a confirmé qu'elle était toujours en vigueur. En conséquence, il y a lieu d'admettre que P. _____ a

valablement donné son accord au versement des prestations rétroactives de l'AI directement à K. _____ Assurances SA.

e) On précisera encore que le point de savoir si, et le cas échéant dans quelle mesure, l'assurance perte de gain en cas de maladie dispose d'une créance en restitution à l'encontre de l'assuré doit, en cas de litige, être tranché dans une procédure opposant l'assurance et l'assuré; celui-ci doit contester le principe de la restitution et, le 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 concerne que les modalités du versement, de sorte qu'elle ne déploie aucune force de chose décidée en ce qui concerne le bien-fondé et le montant de la créance en restitution de l'assurance (consid. 4.3 de l'arrêt TF 4A_24/2012 du 30 mai 2012, non publié in ATF 138 III 411; TFA I 296/03 du 21 octobre 2004 consid. 4.2). Selon la jurisprudence (TF 8C_115/2013 du 30 septembre 2013 consid. 5.2 et TFA I 296/03 cité, et les références), 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 pas 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 (cf. art. 67 ss LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10]) ou sur le droit privé (LCA). 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 (ou de surassurance) 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 (TF 9C_287/2014 du 16 juin 2014 consid. 2.2).

f) Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision querellée.

5 **a)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Selon la jurisprudence, le litige concernant le paiement des prestations en mains de tiers n'a en soi pas pour objet l'octroi ou le refus de prestations d'assurance (TF I 256/06 du 26 septembre 2007 consid. 2 et 7), de sorte qu'il ne sera pas perçu de frais de justice (cf. CASSO AI 254/09 - 389/2010 du 12 août 2010 consid. 5).

b) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
le juge unique
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 20 novembre 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

Le juge unique :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Jean-Michel Duc, avocat (pour P._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- 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 :