

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2386/2025

ATAS/963/2025

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 8 décembre 2025**

**Chambre 16**

En la cause

A \_\_\_\_\_

recourante

contre

**MEDISUISSE**

intimée

**Siégeant : Justine BALZLI, présidente; Yves MABILLARD et Michael RUDERMANN, juges assesseurs**

---

---

**EN FAIT**

- A.**    **a.** A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), médecin de profession, est affiliée en qualité d'indépendante auprès de la caisse de compensation MEDISUISSE (ci-après : la caisse) depuis le 1<sup>er</sup> mai 2023.
- b.** Le 25 janvier 2024, l'assurée a donné naissance à sa fille.
- B.**    **a.** Par formulaire reçu par la caisse le 27 février 2024, l'assurée a formulé une demande d'allocation de maternité.

Conformément au décompte de la CAISSE-MALADIE DES MÉDECINS SUISSES du 31 janvier 2024 annexé, elle avait bénéficié d'indemnités journalières à 50% du 3 au 22 décembre 2023, soit 20 jours mais dix jours effectifs d'indemnité journalière à CHF 450.- pour un total de CHF 4'500.-.

- b.** Par communication du 28 février 2024, la caisse a confirmé à l'assurée son droit à l'allocation de maternité.

Elle avait droit à titre pour l'assurance-maternité fédérale à CHF 181.60 par jour du 25 janvier au 1<sup>er</sup> mai 2024, soit CHF 17'796.80, dont étaient déduites les cotisations à l'AVS/AI/APG de CHF 943.35, pour un sous-total d'allocation de maternité de CHF 16'853.45. Elle avait également droit au titre de la loi instituant une assurance en cas de maternité et d'adoption du 21 avril 2005 (LAMat - J 5 07) à CHF 181.60 par jour du 2 au 15 mai 2024, pour un sous-total d'assurance maternité genevoise de CHF 2'542.40. Le total des prestations était de CHF 19'395.85.

Les allocations de maternité genevoises n'étaient pas soumises à cotisation. L'allocation était basée sur la décision de l'assurance-vieillesse et survivants (ci-après : AVS) provisoire. Au cas où la décision finale ferait état d'un revenu plus élevé, il serait effectué un paiement rétroactif des allocations versées en moins. Si le revenu devait être plus bas, les allocations versées devraient être remboursées.

- c.** Par décomptes des 1<sup>er</sup> mars, 2 avril et 1<sup>er</sup> mai 2024, la caisse a fixé les prestations d'assurance-maternité fédérale :

- à CHF 6'191.05 pour la période du 25 au 31 janvier (sept jours à CHF 181.60 = CHF 1'271.20) et pour le mois de février 2024 (29 jours à CHF 181.60 = CHF 5'266.40 ; CHF 1'271.20 + CHF 5'266.40 = CHF 6'537.60), après déduction des cotisations AVS/APG/AI de CHF 346.55 (CHF 6'537.60 – CHF 346.55 = CHF 6'191.05) ;
- à CHF 5'331.20 pour le mois de mars 2024 (31 jours à CHF 181.60 = CHF 5'629.60), charges sociales de CHF 298.40 déduites (CHF 5'629.60 – CHF 298.40 = CHF 5'331.20) ; et

---

- à CHF 5'331.20 pour le mois d'avril 2024 (30 jours à CHF 181.60 = CHF 5'448.-) et le 1<sup>er</sup> mai 2024 (un jour à CHF 181.60 = CHF 181.60 ; CHF 5'448.- + CHF 181.60 = CHF 5'629.60), sous déduction des charges sociales de CHF 298.40 (CHF 5'629.60 – CHF 298.40 = CHF 5'331.20).

**d.** Par communication fiscale du 4 novembre 2024, les autorités fiscales ont informé la caisse que le revenu en tant qu'indépendante de l'assurée en 2023 était de CHF 27'774.- et le capital propre investi dans l'entreprise de CHF 8'584.-.

**e.** Par décision sur cotisations personnelles du 5 novembre 2024, la caisse a fixé définitivement la cotisation personnelle de l'assurée à CHF 1'771.40 pour la période du 1<sup>er</sup> mai au 31 décembre 2023, sur la base d'un revenu soumis à cotisations pour la même période de CHF 29'300.-, correspondant au revenu du 1<sup>er</sup> au 31 décembre 2023 de CHF 27'774.-, sous déduction de l'intérêt du capital propre engagé au 31 décembre 2023 de CHF 120.- et après ajout de cotisations personnelles de CHF 1'722.65.

L'autorité fiscale compétente lui avait fait parvenir la communication relative au revenu et au bénéfice d'exploitation provenant de l'activité en tant que personne de condition indépendante.

**f.** Par décision du 18 mars 2025, la caisse a demandé la restitution de CHF 8'886.20 à l'assurée.

Le calcul de l'allocation de maternité de CHF 19'395.85 allouée conformément à la décision du 28 février 2024 se basait sur un revenu provisoire de CHF 81'600.- (revenu extrapolé). Selon la communication fiscale du 5 novembre 2024, son revenu définitif en 2023 s'élevait à CHF 43'950.- (revenu extrapolé), ce qui avait pour conséquence une diminution de son allocation de maternité de CHF 8'886.20. Les allocations de maternité perçues indûment devaient être restituées.

À titre de prestation de l'assurance-maternité fédérale, elle avait droit, en tant qu'indépendante, à CHF 688.40 (sept jours à CHF 98.40), CHF 2'853.60 (29 jours à CHF 98.40), CHF 3'050.40 (31 jours à CHF 98.40), CHF 2'952.- (30 jours à CHF 98.40) et CHF 98.40 (un jour à CHF 98.40), pour un total d'allocation de maternité (AMat) de CHF 9'643.20, dont étaient déduites les cotisations AVS/AI/APG de CHF 511.15. À titre de prestation cantonale, elle avait droit, en tant qu'indépendante, à CHF 1'377.60 (quatorze jours à CHF 98.40). Le total des prestations dues était de CHF 10'509.65, soit CHF 8'886.20 de moins que les prestations initialement allouées de CHF 19'395.85.

**g.** Par courriel du 24 mars 2025, la caisse a expliqué qu'elle se basait toujours sur l'année précédant la naissance, soit 2023. Selon la déclaration d'impôt définitive de l'assurée, elle avait un revenu définitif de CHF 29'300.- pour la période du 1<sup>er</sup> mai au 31 décembre 2023 (CHF 29'300.- / huit mois x 12 mois = CHF 43'950). Le nouveau tarif journalier s'élevait donc à CHF 98.40 au lieu de CHF 181.60.

- 
- C. a.** Par courriel du 24 mars 2025, l'assurée s'est adressée à la caisse, demandant l'examen de sa situation sur les douze mois réellement travaillés, puisqu'elle avait repris le travail une fois la place de crèche trouvée, ou sur les huit mois vu que sa situation n'avait par la suite pas changé, subsidiairement l'échelonnement du paiement.

Elle ne comprenait pas la base de calcul, car elle ne retrouvait pas le chiffre de CHF 29'300.-.

Il était injuste de se baser sur les huit mois de travail, car sa grossesse était tombée en cours d'année. La caisse pouvait estimer son revenu sur la base de ce qu'elle gagnait depuis sa reprise. La caisse n'avait pas évalué son revenu annuel puisqu'elle n'avait pas considéré douze mois. Son revenu devrait être estimé sur huit mois puisque son ancien employeur ne participait pas aux allocations de maternité. Si son ancien employeur ne participait pas aux allocations, il revenait à la caisse de faire en sorte que l'évaluation soit cohérente.

Elle a annexé à son courriel un extrait (fiche B2) de sa déclaration fiscale 2023.

- b.** Le 13 avril 2025, sur demande de la caisse, l'assurée a transmis à celle-ci son bilan au 31 décembre 2023, faisant état d'un bénéfice de CHF 27'773.85, et son compte de pertes et profits de 1<sup>er</sup> mai au 31 décembre 2023.

**c.** Par courriel du 1<sup>er</sup> mai 2025, sur demande d'informations de la caisse, l'assurée a indiqué que, concernant les frais d'investissement initiaux, elle avait rejoint un cabinet de groupe. Il s'agissait donc essentiellement des émoluments auprès de B \_\_\_\_\_ (ci-après : B \_\_\_\_\_), C \_\_\_\_\_ SA et toutes les démarches payantes pour l'installation. Elle souhaitait surtout transmettre à la caisse ses fiches de salaire de janvier à mars 2023, qui témoignaient de son activité d'employée. C'était surtout cet élément qui était discriminant. L'estimation sur douze mois d'un revenu de huit mois à un taux inférieur en raison de la maladie ne pouvait pas être retenu pour calculer les allocations mensuelles. Il y avait une incohérence et surtout une injustice pour les femmes actives qui devenaient maman.

- d.** Par décision du 13 juin 2025, la caisse a rejeté l'opposition.

Elle acceptait les courriels des 24 mars et 1<sup>er</sup> mai 2025 en tant qu'opposition.

Elle était affiliée en tant qu'indépendante auprès de la caisse depuis le 1<sup>er</sup> mai 2023 (avec des interruptions). Son contrat de travail avec les Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) avait duré jusqu'au 31 mars 2023 et sa fille était née le 25 janvier 2024. À cette date, elle n'était plus salariée et ne percevait pas d'indemnités journalières ; elle ne remplissait pas non plus les conditions pour percevoir une indemnité de chômage. Au moment de l'accouchement, elle n'avait pas droit à une allocation de maternité en tant que salariée. Seule l'activité indépendante y donnait droit. Selon la communication fiscale, son revenu provenant d'une activité indépendante s'élevait à CHF 27'774.-. Le revenu de l'activité lucrative soumis à cotisations, calculé sur

cette base, s'élevait à CHF 29'300.-. D'après son compte de résultats, elle n'avait pas eu de frais d'investissement sur cette période, mais uniquement des charges d'exploitation régulières. Le revenu déterminant pour le calcul de l'allocation de maternité était donc de CHF 29'300.- ou CHF 43'950.- après conversion sur douze mois. Le revenu de CHF 28'131.- réalisé en tant que salariée ne pouvait pas être pris en compte. Un revenu annuel de CHF 81'600.- donnait droit à une allocation de CHF 181.60 par jour et un revenu annuel de CHF 43'950.- à une allocation de CHF 98.40. La différence de CHF 83.20 par jour, soit un total de CHF 8'886.20, devait être restituée.

- D. a.** Par acte du 29 juin 2025, posté le 7 juillet 2025, l'assurée a recouru auprès de la chambre des assurances sociale de la Cour de justice contre cette décision, concluant à ce que celle-ci soit reconsidérée et adaptée à la réalité concrète de sa situation, par un calcul sur les six derniers mois de son activité indépendante, voire les quatre derniers mois ou, alternativement, en se basant sur ses revenus après sa reprise d'activité.

Les trois premiers mois de son activité indépendante en tant que médecin n'avaient généré que très peu de revenus, en raison du délai de remboursement par les assurances de trois mois et du démarrage de son activité, ce qui entraînait une distorsion significative dans le calcul de la moyenne mensuelle retenue par la caisse. La décision attaquée ne reflétait ni ses revenus réels, ni l'esprit du régime des allocations de maternité visant à garantir une protection équitable aux travailleuses. Elle avait travaillé pendant plusieurs années pour les HUG, à un taux d'activité proche de 100%, jusqu'en avril 2023. Elle s'était trouvée contrainte de s'installer comme indépendante, en raison de la clause du besoin, et sa grossesse avait freiné le développement initial de son activité. Son revenu moyen devait être revu sur une base plus représentative de sa situation professionnelle. À défaut d'inclure ses revenus antérieurs de salariée, un calcul sur les six derniers mois de son activité indépendante, voire même les quatre derniers mois, avec une extrapolation cohérente, serait plus juste. À noter que même dans ce cas, elle était défavorisée, ayant réduit son activité du fait de sa grossesse et n'ayant pas bénéficié de la couverture de son assurance perte de gain, en raison du délai de carence. Elle avait également proposé que sa situation soit examinée à partir de sa reprise d'activité (hors grossesse et avec mise en place de l'escompte des factures), afin de refléter une image plus fidèle de ses revenus.

- b.** Par réponse du 11 juillet 2025, la caisse a conclu au rejet du recours.

L'allocation avait pour but de compenser la perte de gain occasionnée par la maternité, ni plus, ni moins, ce qui avait en l'espèce été le cas. Si elle était consciente que les dispositions légales pouvaient entraîner des duretés dans certains cas, cela n'autorisait pas les organes d'exécution à remplacer lesdites dispositions par leurs propres interprétations et estimations.

c. L'assurée n'a pas répliqué dans le délai au 11 août 2025 imparti par la chambre de céans à cet effet.

### **EN DROIT**

1. **1.1** Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 7 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur les allocations pour perte de gain en cas de service et de maternité du 25 septembre 1952 (loi sur les allocations pour perte de gain, LAPG - RS 834.1). Elle statue aussi, en application de l'art. 134 al. 3 let. f LOJ, sur les contestations prévues à l'art. 20 LAMat.

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

**1.2** Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi (art. 1 LAPG et 2 LPGA ; art. 60 al. 1 et 61 let. b LPGA ; art. 89A et 62 al. 1 let. a LPA ; art. 20 LAMat), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur la conformité au droit de la demande de restitution, par la recourante, de CHF 8'886.20 d'allocations de maternité, en raison de la différence entre le revenu provenant de son activité indépendante retenu sur la base des cotisations AVS provisoires et le revenu résultant de la communication fiscale du 4 novembre 2024.
3. À titre préalable, il convient de constater que l'intimée est entrée en matière sur l'opposition, alors qu'elle était formée par courrier électronique.

**3.1** Les décisions des assureurs sociaux peuvent être attaquées dans les 30 jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues, à l'exception des décisions d'ordonnancement de la procédure (art. 52 al. 1 LPGA).

L'opposition doit contenir des conclusions et être motivée (art. 10 al. 1 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 - OPGA - RS 830.11). L'opposition peut être formée au choix par écrit ou par oral, lors d'un entretien personnel (art. 10 al. 3 OPGA). L'opposition écrite doit être signée par l'opposant ou par son représentant légal. En cas d'opposition orale, l'assureur consigne l'opposition dans un procès-verbal signé par l'opposant ou son représentant légal (art. 10 al. 4 LPGA). Si l'opposition ne satisfait pas aux exigences de l'al. 1 ou si elle n'est pas signée, l'assureur impartit un délai convenable pour réparer le vice, avec l'avertissement qu'à défaut, l'opposition ne sera pas recevable (art. 10 al. 5 OPGA).

Selon la jurisprudence relative à l'art. 61 let. b 2° phr. LPGA – qui concerne la procédure judiciaire de première instance –, un délai permettant à l'intéressé de rectifier son mémoire de recours doit être fixé non seulement si les conclusions ou

les motifs manquent de clarté, mais, d'une manière générale, dans tous les cas où le recours ne répond pas aux exigences légales. Il s'agit là d'une prescription formelle, qui oblige le juge de première instance - excepté dans les cas d'abus de droit manifeste - à fixer un délai pour corriger les imperfections du mémoire de recours. Compte tenu de l'identité grammaticale entre l'art. 61 let. b 2<sup>e</sup> phr. LPGA et l'art. 10 al. 5 OPGA, ces principes s'appliquent également à la procédure d'opposition (ATF 142 V 152 consid. 2.3 et les références).

Une opposition contre une décision de l'assureur formée par courriel n'est pas admissible car l'art. 10 al. 4 1<sup>re</sup> phrase OPGA exige que l'opposition écrite soit signée. En cas d'absence de signature, l'intéressé a droit à l'octroi d'un délai supplémentaire pour réparer ce vice dans le délai d'opposition, faculté à laquelle la personne assurée doit être rendue attentive le cas échéant. Toutefois, le droit à la fixation d'un tel délai n'est accordé que si l'omission est involontaire, et non pas lorsqu'elle est volontaire comme par exemple en cas d'envoi d'une télécopie (qui ne contient qu'une copie de la signature) ou d'un courrier électronique (ATF 121 II 252). Dans un tel cas, il n'y a pas de droit à l'octroi d'un délai supplémentaire (ATF 142 V 152 consid. 4.6). Il reste néanmoins possible de corriger le vice de forme avant l'expiration du délai de recours, ce sur quoi l'autorité compétente doit, le cas échéant, attirer l'attention du recourant (ATF 142 V 152 consid. 4.6 se référant à l'arrêt du Tribunal fédéral 1P.254/2005 du 30 août 2005).

**3.2** En l'espèce, la recourante a élevé opposition contre la décision du 18 mars 2025 par courriel, de sorte qu'elle n'a pas formé opposition par écrit. Néanmoins, elle a envoyé son premier courriel en date du 24 mars 2025, soit largement avant l'échéance du délai d'opposition de 30 jours, de sorte qu'elle aurait pu corriger le vice de forme avant l'expiration du délai de recours, ce sur quoi l'intimée n'a cependant pas attiré son attention, étant relevé que la recourante n'était pas représentée.

La question de la recevabilité de l'opposition peut néanmoins demeurer indécise, vu ce qui suit.

- 4. 4.1** Selon l'art. 25 al. 1 1<sup>re</sup> phrase LPGA, en relation avec l'art. 2 al. 1 let. a de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 (OPGA - RS 830.11), les prestations indûment touchées doivent être restituées par le bénéficiaire ou par ses héritiers. L'étendue de l'obligation de restituer est fixée par une décision (art. 3 al. 1 OPGA).

L'obligation de restituer suppose que soient remplies les conditions d'une révision procédurale (art. 53 al. 1 LPGA) ou d'une reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA) de la décision – formelle ou non – par laquelle les prestations en cause ont été allouées (ATF 142 V 259 consid. 3.2 ; 138 V 426 consid. 5.2.1 ; 130 V 318 consid. 5.2).

À cet égard, la jurisprudence constante distingue la révision d'une décision entrée en force formelle, à laquelle l'administration est tenue de procéder lorsque sont

découverts des faits nouveaux ou de nouveaux moyens de preuve susceptibles de conduire à une appréciation juridique différente (ATF 129 V 200 consid. 1.1 ; 127 V 466 consid. 2c et les références), de la reconsidération d'une décision formellement passée en force de chose décidée sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à laquelle l'administration peut procéder pour autant que la décision soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable. Ainsi, par le biais d'une reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit (ATF 147 V 167 consid. 4.2 et la référence). L'obligation de restituer des prestations complémentaires indûment touchées et son étendue dans le temps n'est pas liée à une violation de l'obligation de renseigner (ATF 122 V 134 consid. 2e). Il s'agit simplement de rétablir l'ordre légal après la découverte du fait nouveau (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_398/2021 du 22 février 2022 consid. 5.1).

**4.2** Selon l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient pas être produits auparavant. Cela vaut aussi lorsque les prestations ont été accordées sans avoir fait l'objet d'une décision formelle mais que leur versement a acquis force de chose décidée (ATF 130 V 380 consid. 2.1 ; 129 V 110 consid. 1.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_793/2023 du 5 décembre 2024 consid. 4.4 et la référence).

La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative (art. 53 al. 1 LPGA), de révision d'un jugement cantonal (art. 61 let. i LPGA). La révision suppose ainsi la réalisation de cinq conditions : 1° le requérant invoque un ou des faits ; 2° ce ou ces faits sont « pertinents », dans le sens d'importants (« *erhebliche* »), c'est-à-dire qu'ils sont de nature à modifier l'état de fait qui est à la base du jugement et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte ; 3° ces faits existaient déjà lorsque le jugement a été rendu : il s'agit de pseudo-nova (« *unechte Noven* »), c'est-à-dire de faits antérieurs au jugement ou, plus précisément, de faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables ; 5° le requérant n'a pas pu, malgré toute sa diligence, invoquer ces faits dans la procédure précédente (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_793/2023 du 5 décembre 2024 consid. 4.5 et la référence).

S'agissant des délais applicables en matière de révision, l'art. 53 al. 1 LPGA n'en prévoit pas. En vertu du renvoi prévu par l'art. 55 al. 1 LPGA, sont déterminants les délais applicables à la révision de décisions rendues sur recours par une autorité soumise à la loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 1968 (PA - RS 172.021). Ainsi, conformément à l'art. 67 al. 1 PA, un délai (de péremption) relatif de 90 jours dès la découverte du motif de révision s'applique, en plus d'un délai absolu de 10 ans dès la notification de la décision administrative

ou de la décision sur opposition (ATF 148 V 277 consid. 4.3 ; 143 V 105 consid. 2.1 ; 140 V 514 consid. 3.3).

En principe, le moment à partir duquel le motif de révision aurait pu être découvert se détermine selon le principe de la bonne foi. Le délai de 90 jours commence à courir dès le moment où la partie a une connaissance suffisamment sûre du fait nouveau ou du moyen de preuve déterminant pour pouvoir l'invoquer, même si elle n'est pas en mesure d'en apporter une preuve certaine ; une simple supposition voire des rumeurs ne suffisent pas et ne sont pas susceptibles de faire débiter le délai de révision (ATF 143 V 105 consid. 2.4 et les références). Si l'assureur social manque de prendre les mesures nécessaires, le délai commence à courir au moment où il aurait pu compléter l'état de fait en faisant preuve de l'engagement attendu et exigible de sa part (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_665/2020 du 8 juin 2021 consid. 5.2 et les références).

Lorsque la décision de restitution des prestations indûment touchées se fonde sur l'existence d'un motif de révision procédurale de la décision entrée en force, il y a lieu d'examiner, dans un premier temps, si les conditions de fond de l'art. 53 al. 1 LPGA sont remplies, et si le délai relatif de 90 jours dès la découverte du motif de révision et le délai absolu de 10 ans dès la notification de la décision administrative ont été respectés (ATF 143 V 105 consid. 2.1 et 2.5.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_742/2021 du 4 mars 2022 consid. 5.4.3 non publié in ATF 148 V 327 ; 8C\_665/2020 du 8 juin 2021 consid. 5.2).

**4.3** En vertu de l'art. 25 al. 2 1<sup>re</sup> phrase LPGA (dans sa teneur en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021), le droit de demander la restitution s'éteint trois ans après le moment où l'institution d'assurance a eu connaissance du fait, mais au plus tard cinq ans après le versement de la prestation.

Les délais de l'art. 25 al. 2 LPGA sont des délais (relatif et absolu) de péremption, qui doivent être examinés d'office (ATF 146 V 217 consid. 2.1 et les références ; 142 V 20 consid. 3.2.2 et les références). Contrairement à la prescription, la péremption prévue à l'art. 25 al. 2 LPGA ne peut être ni suspendue ni interrompue et lorsque s'accomplit l'acte conservatoire que prescrit la loi, comme la prise d'une décision (ATF 119 V 431 consid. 3c), le délai se trouve sauvegardé une fois pour toutes (ATF 138 V 74 consid. 5.2 et les références). En tant qu'il s'agit de délais de péremption, l'administration est déchue de son droit si elle n'a pas agi dans les délais requis (ATF 134 V 353 consid. 3.1 et les références).

Le délai de péremption absolu de cinq ans commence à courir à la date du versement effectif de la prestation, et non à la date à laquelle elle aurait dû être fournie (ATF 112 V 180 consid. 4a et les références).

Le délai de péremption relatif commence à courir dès le moment où l'administration aurait dû connaître les faits fondant l'obligation de restituer, en faisant preuve de l'attention que l'on pouvait raisonnablement exiger d'elle (ATF 148 V 217 consid. 5.1.1 ; 140 V 521 consid. 2.1 ; 139 V 6 consid. 4.1).

Cette jurisprudence vise un double but, à savoir obliger l'administration à faire preuve de diligence, d'une part, et protéger l'assuré au cas où celle-ci manquerait à ce devoir de diligence, d'autre part (ATF 124 V 380 consid. 1). L'administration doit disposer de tous les éléments qui sont décisifs dans le cas concret et dont la connaissance fonde – quant à son principe et à son étendue – la créance en restitution à l'encontre de la personne tenue à restitution (ATF 148 V 217 consid. 5.1.1 et 5.2.1 ; 146 V 217 consid. 2.1 ; 140 V 521 consid. 2.1). Si l'administration dispose d'indices laissant supposer l'existence d'une créance en restitution, mais que les éléments disponibles ne suffisent pas encore à en établir le bien-fondé, elle doit procéder, dans un délai raisonnable, aux investigations nécessaires (ATF 133 V 579 consid. 5.1 non publié). À titre d'exemple, le Tribunal fédéral a considéré dans le cas de la modification des bases de calcul d'une rente par une caisse de compensation à la suite d'un divorce qu'un délai d'un mois pour rassembler les comptes individuels de l'épouse était largement suffisant (SVR 2004 IV n. 41, consid. 4.3). À défaut de mise en œuvre des investigations, le début du délai de péremption doit être fixé au moment où l'administration aurait été en mesure de rendre une décision de restitution si elle avait fait preuve de l'attention que l'on pouvait raisonnablement exiger d'elle (ATF 148 V 217 consid. 5.2.2. et les références). En revanche, lorsqu'il résulte d'ores et déjà des éléments au dossier que les prestations en question ont été versées indûment, le délai de péremption commence à courir sans qu'il y ait lieu d'accorder à l'administration du temps pour procéder à des investigations supplémentaires (ATF 148 V 217 consid. 5.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_754/2020 du 11 juin 2021 consid. 5.2).

- 5. 5.1** Selon l'art. 16b al. 1 LAPG, ont droit à l'allocation de maternité les femmes qui ont été assurées obligatoirement au sens de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (LAVS - RS 831.10) durant les neuf mois précédant l'accouchement (let. a), ont, au cours de cette période, exercé une activité lucrative durant cinq mois (let. b), et, à la date de l'accouchement, sont salariées au sens de l'art. 10 LPGA (ch. 1), exercent une activité indépendante au sens de l'art. 12 LPGA (ch. 2) ou travaillent dans l'entreprise de leur mari contre un salaire en espèces (ch. 3 ; let. c).

Le droit à l'allocation prend effet le jour de l'accouchement (art. 16c al. 1 LAPG). L'allocation est versée durant 98 jours consécutifs, à partir du jour où elle a été octroyée (art. 16c al. 2 LAPG). L'allocation est versée sous la forme d'indemnités journalières (art. 16e al. 1 LAPG). L'indemnité journalière est égale à 80% du revenu moyen de l'activité lucrative obtenu avant le début du droit à l'allocation. Pour déterminer le montant de ce revenu, l'art. 11 al. 1 LAPG est applicable par analogie (art. 16e al. 2 LAPG).

Le revenu moyen acquis avant l'entrée en service est le revenu déterminant pour le calcul des cotisations dues conformément à la LAVS. Le Conseil fédéral édicte des dispositions relatives au calcul de l'allocation et fait établir par l'Office fédéral des assurances sociales (ci-après : OFAS) des tables dont l'usage est

obligatoire et dont les montants sont arrondis à l'avantage de l'ayant droit (art. 11 al. 1 LAPG).

**5.2** L'art. 7 al. 1 et 1<sup>bis</sup> de l'ordonnance sur les allocations pour perte de gain du 24 novembre 2005 (OAPG - RS 834.11) s'applique au calcul de l'allocation revenant à la mère ou à l'autre parent qui exerce une activité indépendante (art. 32 OAPG). L'allocation des personnes exerçant une activité indépendante est calculée d'après le revenu, converti en revenu moyen, qui a servi de base à la dernière décision de cotisations à l'AVS rendue avant l'entrée en service. Ne sont pas prises en compte dans la détermination du gain les périodes pour lesquelles une personne n'a pas perçu de revenu ou dont le revenu a été diminué en raison d'une maladie (let. a) ; d'un accident (let. b) ; d'une période de service au sens de l'art. 1a LAPG (let. c) ; d'un congé de maternité au sens de l'art. 329f CO ou d'un congé de l'autre parent au sens de l'art. 329g<sup>bis</sup> CO (let. d) ; de la prise en charge d'un enfant gravement atteint dans sa santé selon l'art. 160 LAPG (let. e ; art. 7 al. 1 OAPG). L'allocation est ajustée sur demande si, par la suite, une nouvelle décision de cotisation est prise pour l'année pendant laquelle le service a été accompli (art. 7 al. 2 OAPG).

**5.3** Les cotisations sont fixées pour chaque année de cotisation, laquelle correspond à l'année civile (art. 22 al. 1 du règlement sur l'assurance-vieillesse et survivants du 31 octobre 1947 - RAVS - RS 831.101). Elles se calculent sur la base du revenu découlant du résultat de l'exercice commercial clos au cours de l'année de cotisation et du capital propre investi dans l'entreprise à la fin de l'exercice commercial (art. 22 al. 2 RAVS). Pour les personnes exerçant une activité indépendante qui leur sont affiliées, les caisses de compensation demandent aux autorités fiscales cantonales de leur communiquer les indications nécessaires au calcul des cotisations (art. 27 al. 1 1<sup>re</sup> phr. RAVS). Pour établir le revenu déterminant, les autorités fiscales cantonales se fondent sur la taxation passée en force de l'impôt fédéral direct (art. 23 al. 1 RAVS).

Les caisses de compensation sont liées par les données des autorités fiscales cantonales (art. 23 al. 4 RAVS). Toute taxation fiscale est donc présumée conforme à la réalité ; cette présomption ne peut être infirmée que par des faits. L'administration ou le juge ne saurait s'écarter des décisions de taxation entrées en force que si celles-ci contiennent des erreurs manifestes et dûment prouvées, s'il est possible de les rectifier d'emblée, ou s'il faut tenir compte d'éléments de fait sans pertinence en matière fiscale mais déterminants sur le plan des assurances sociales. De simples doutes sur l'exactitude d'une taxation fiscale ne suffisent pas. La détermination du revenu est en effet une tâche qui incombe aux autorités fiscales et il n'appartient pas au juge des assurances sociales de procéder lui-même à une taxation. L'assuré exerçant une activité lucrative indépendante doit donc faire valoir ses droits en matière de taxation – avec les effets que celle-ci peut avoir sur le calcul des cotisations AVS – en premier lieu dans la procédure

---

judiciaire fiscale (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_681/2019 du 19 octobre 2020 consid. 3.2 ; 9C\_253/2014 du 28 juillet 2014 consid. 6.3.1 et la référence citée).

Est toutefois réservé le cas d'une personne n'ayant dans le cas particulier pas d'intérêt à remettre en cause la taxation fiscale relative à l'année ayant servi de base au calcul des cotisations AVS (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_363/2023 du 6 décembre 2023 consid. 4.1 ; 9C\_441/2015 du 19 février 2016 consid. 6.5 et les arrêts cités). En pareilles circonstances, il incombe en revanche à la personne concernée de contester la décision définitive de cotisations personnelles en indiquant, justificatifs à l'appui, que la taxation fiscale définitive de l'année en cause procédait d'une erreur et de demander que ses cotisations personnelles fussent revues et corrigées, cela sur la base d'un examen autonome des facteurs d'imposition. C'est en effet à ce stade-là que la personne peut encore se plaindre d'une erreur claire et susceptible d'être corrigée (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_363/2023 précité consid. 4.2 ; 9C\_441/2015 précité consid. 6.5). Dès lors que la décision fixant définitivement les cotisations personnelles en fonction du revenu est entrée en force, la caisse de compensation est en droit de rectifier en conséquence le montant des allocations de maternité et est, dans ce cadre, liée par le revenu ayant servi de base à la décision définitive de cotisations (art. 7 RAPG ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_363/2023 précité consid. 4.2).

- 6. 6.1** Bénéficiaire des prestations de l'assurance cantonale en cas de maternité et d'adoption les personnes qui ont été assurées obligatoirement au sens de la LAVS durant les neuf mois précédant l'accouchement ou l'accueil de l'enfant en vue de son adoption (let. a), ont, au cours de cette période, exercé une activité lucrative durant cinq mois dans le canton de Genève (let. b) et, à la date de l'accouchement ou de l'accueil de l'enfant en vue de son adoption sont salariées au sens de l'article 10 LPGa dans le canton de Genève (ch. 1), exercent une activité indépendante au sens de l'article 12 LPGa dans le canton de Genève (ch. 2), travaillent dans l'entreprise de leur conjoint ou de leur partenaire enregistré dans le canton de Genève et ont un salaire en espèces (ch. 3 ; let. c ; art. 4 al. 1 LAMat).

La mère qui remplit les conditions de la LAPG et de la LAMat a droit à une allocation pendant 112 jours, à concurrence du gain assuré maximal défini à l'art. 10 al. 3 LAMat (art. 5 al. 1 LAMat). Sont déduits de cette allocation les montants et indemnités journalières touchés en vertu de la LAPG (art. 5 al. 3 LAMat).

L'allocation est versée sous forme d'indemnités journalières. Elle est égale à 80% du gain assuré (art. 10 al. 1 LAMat). On entend par gain assuré le revenu moyen de l'activité lucrative obtenu avant le début du droit à l'allocation. Pour déterminer ce revenu, l'art. 11 al. 1 LAPG est applicable (art. 10 al. 2 LAMat). Le gain assuré ne peut dépasser le montant maximal déterminant pour l'assurance-accidents obligatoire (art. 10 al. 3 LAPG). Le montant minimal est fixé par le Conseil d'État. Il est indexé conformément à l'article 16a al. 2 LAPG (art. 10 al. 3 LAMat).

---

**6.2** Dans la mesure où la LAMat ne contient pas de dispositions expresses, les dispositions pertinentes de la LAPG, notamment ses art. 16b ss, ainsi que ses art. 16t ss, sont applicables par analogie (art. 2 LAMat).

7. La jurisprudence fédérale a souligné qu'en exigeant de se fonder sur le revenu qui a servi de base à la dernière décision de cotisations à l'AVS rendue avant l'accouchement, le législateur a clairement désigné le revenu de l'année qui précède l'accouchement, possibilité étant réservée, le cas échéant, de prendre en compte le revenu effectif plus important réalisé au cours de l'année de l'accouchement, dûment revalorisé sur douze mois (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_253/2014 du 28 juillet 2014 consid. 6.1).

Le Tribunal fédéral a retenu qu'il n'était pas critiquable que la caisse de compensation calcule (provisoirement) le montant de l'allocation de maternité sur la base du revenu pris en considération par la dernière décision provisoire de cotisations rendue avant l'accouchement et non pas sur la base du revenu retenu par la dernière décision définitive de cotisations, laquelle était trop éloignée de la date de l'accouchement. Il a toutefois ajouté que, le moment venu, l'administration veillerait à ce que l'allocation définitive soit calculée exclusivement sur la base du revenu réalisé avant la naissance (ATF 133 V 431 consid. 6.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_253/2014 du 28 juillet 2014 consid. 4.3).

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, eu égard au but principal du régime des allocations pour perte de gain, qui est de compenser au plus près la perte de revenu subie du fait de l'accomplissement d'un service ou de l'accouchement, il n'est pas possible de se référer directement aux données fournies par l'autorité fiscale compétente dans le cas du début d'une activité lucrative indépendante, laquelle implique un certain nombre d'investissements (notamment structurels) qui n'ont pas vocation à se répéter régulièrement. Dans le cadre du processus d'annualisation auquel il convient de procéder lorsque l'activité indépendante ne s'est déroulée qu'au cours d'une partie seulement de l'année, il convient de distinguer les dépenses à caractère unique des dépenses périodiques qui, seules, peuvent faire l'objet d'une annualisation. Pour obtenir le revenu déterminant pour le calcul de l'allocation de maternité, la caisse de compensation compétente doit par conséquent, sur la base du compte d'exploitation de l'ayant droit, soustraire aux revenus bruts annualisés la somme des dépenses à caractère unique et des dépenses périodiques annualisées, puis ajouter, conformément à l'art. 9 al. 4 LAVS, les cotisations personnelles (annualisées) versées à l'AVS/AI/APG. Seule cette opération permet d'obtenir le revenu qui s'approche au plus juste de la perte de gain effectivement subie (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_253/2014 précité consid. 6.3.2).

8. **8.1** Est déterminant pour le calcul de l'allocation des personnes exerçant une activité indépendante le revenu, converti en gain journalier, qui a été retenu dans la dernière décision de fixation de la cotisation AVS rendue avant la naissance de l'enfant. Les ch. 5043.1 à 5044 des directives concernant le régime des allocations

pour perte de gain de l'OFAS (valable dès le 1<sup>er</sup> juillet 2005, état au 1<sup>er</sup> janvier 2024 ; ci-après : DAPG) s'appliquent (OFAS, Circulaire sur les allocations de maternité et à l'autre parent, valable à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2024, état au 1<sup>er</sup> janvier 2024 [ci-après : CAMaAP], n. 1124). Ne sont pas comptées les périodes pour lesquels la personne concernée n'a réalisé aucun revenu ou seulement un revenu réduit, par suite de maladie, accident, service au sens de l'art. 1a LAPG, congé de maternité ou congé du père resp. de l'épouse de la mère prolongé en cas de décès de la mère, prise en charge d'un enfant gravement atteint dans sa santé selon l'art.16o LAPG (DAPG, n. 5043.1). Le motif à l'origine de la réduction du revenu doit se produire sur une période consécutive d'au moins 30 jours (DAPG, n. 5043.2). Pour déterminer le revenu journalier moyen, le revenu annuel est en principe divisé par 360. Le diviseur est réduit en conséquence si la personne fait valoir des revenus réduits en raison d'une incapacité de travail, d'un service, d'un congé de maternité ou d'un congé pour la pris en charge d'un enfant (DAPG, n. 5044 se référant aux DAPG, n. 5043.1)

Si le revenu retenu dans la dernière décision de fixation de la cotisation AVS rendue avant la naissance de l'enfant remonte à plus d'une année entière, il faut se référer au revenu annuel précédant l'année de la naissance. Si donc l'enfant est né par exemple en avril 2021, le calcul se base sur le revenu de 2020. Ce revenu est celui qui a servi à fixer les acomptes de cotisation (CAMaAP, n. 1125). Sur demande de l'ayant droit, on pourra aussi se référer au revenu réalisé durant l'année de la naissance. Mais dans ce cas, seul le revenu réalisé avant la naissance sera pris en compte. Celui-ci doit être attesté (par ex. par un bilan comptable pour la période concernée). Les acomptes de cotisation suffisent uniquement s'ils concordent avec la période concernée et le revenu effectif (CAMaAP, n. 1126).

Si la communication de la taxation fiscale fait état d'un revenu supérieur ou inférieur à celui qui a été retenu pour la fixation de l'allocation, le ch. 5046 DAPG s'applique par analogie (CAMaAP, n. 1127). Si, ultérieurement, la caisse de compensation fixe pour l'année en cause une cotisation supérieure sur la base de la communication fiscale, la personne qui fait du service peut demander que l'allocation soit adaptée et que la différence lui soit payée après coup. La caisse de compensation doit fournir aux personnes intéressées une information appropriée quant à cette possibilité. La caisse de compensation peut procéder à l'adaptation d'office. Si au contraire il s'avère que l'allocation versée était trop élevée, la caisse doit demander la restitution du montant versé en trop (DAPG, n. 5046 renvoyant aux DAPG, n. 7003 ss)

Pour déterminer le revenu journalier moyen, le revenu annuel est divisé par 360 (CAMaAP, n. 1128).

Si le revenu est réalisé pendant moins d'une année, la conversion en revenu journalier moyen se fait sur la base de la période d'activité effective (CAMaAP, n. 1129 se référant à l'ATF 133 V 431). La période d'activité effective doit être

attestée (statut d'indépendant auprès de la caisse de compensation, bilans comptables ou autres documents probants ; CAMaAP, n. 1129).

Les ch. 7001 à 7022 DAPG en matière de cession, saisie, restitution, compensation, remise de l'obligation de restitution et amortissement s'appliquent par analogie (CAMaAP, n. 1155). Les allocations indûment touchées doivent être restituées. L'obligation de restituer ne présuppose ni une faute ni la preuve d'une faute. Il suffit qu'une allocation ait été versée, à laquelle le ou la bénéficiaire n'avait pas droit ou ne pouvait pas prétendre dans une telle mesure (DAPG, n. 7003 s.).

**8.2** Certes, les instructions administratives ne s'adressent en principe qu'aux organes d'exécution et ne sont pas contraignantes pour le tribunal des assurances sociales. Toutefois, le tribunal tient compte des circulaires (et autres directives des autorités) et ne s'en écarte pas sans raison valable, notamment lorsqu'elles permettent une interprétation adaptée et équitable des dispositions légales applicables dans le cas d'espèce et qu'elles contiennent une concrétisation convaincante des directives juridiques. Il tient ainsi compte des efforts de l'administration pour garantir, par des directives internes, une application égale de la loi (ATF 150 V 1 consid.6.4.2 et la référence).

**9. 9.1** En l'espèce, à titre préalable, il convient d'examiner si la demande de restitution a été formée dans les délais applicables.

La décision de restitution est due au fait que l'allocation annoncée le 28 février 2024 reposait sur la décision de cotisations AVS provisoire et était dès lors elle-même provisoire, comme elle l'indiquait expressément. En effet, la communication du 28 février 2024 précisait que l'allocation était fixée sur la base de cette décision provisoire et qu'elle serait revue dans le cas où la décision de cotisations AVS finale ferait état d'un revenu plus élevé ou plus bas, débouchant dans le premier cas sur le versement des allocations versées en moins et dans le second cas sur le remboursement des allocations versées en trop.

C'est précisément ce dernier cas qui s'est produit, les autorités fiscales ayant annoncé, par communication du 4 novembre 2024, un revenu plus bas (CHF 27'774.-), ce qui a conduit l'intimée à procéder à la fixation des cotisations personnelles par décision du 5 novembre 2024, fixant le revenu de la recourante à CHF 29'300.- sur la base de la communication fiscale.

Le cas présent relève par conséquent d'une décision finale faisant suite à une décision provisoire, de sorte qu'il ne s'agit pas d'une révision au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA. L'intimée n'était dès lors pas soumise au délai de 90 jours applicable en cas de révision.

Pour le reste, les délais de l'art. 25 al. 2 LPGA ont été respectés, la décision confirmée sur opposition ayant été rendue le 18 mars 2025, les prestations ayant été versées en 2024 et la communication fiscale datant du 4 novembre 2025.

**9.2** La recourante reproche à l'intimée d'avoir pris en compte un revenu annuel de CHF 43'950.-, qui consacrerait une distorsion significative, car ses trois premiers mois en tant que médecin n'avaient généré que très peu de revenu, en raison du délai de remboursement par les assurances et du démarrage de son activité, et demande le calcul de ses allocations de maternité sur la base non de ses revenus du 1<sup>er</sup> mai au 31 décembre 2023, mais sur les six derniers mois de son activité indépendante avant son accouchement, voire sur les quatre derniers mois. Alternativement, elle demande que sa situation soit examinée en fonction de celle prévalant à partir de sa reprise d'activité.

**9.2.1** À titre liminaire, il sera relevé que la recourante ne remet pas en cause le montant en tant que tel du revenu fixé, sur la base de la communication fiscale – qui lie l'intimée –, dans la décision de cotisations personnelles du 5 novembre 2024, dont il ne ressort pas du dossier qu'elle ait été contestée et qui est, partant, entrée en force.

**9.2.2** Il convient également de constater préalablement que la recourante souligne certes que la prise en compte des six ou quatre derniers mois avant son accouchement lui reste défavorable, car elle aurait réduit son activité en raison de sa grossesse et qu'elle n'aurait pas bénéficié de la couverture de son assurance perte de gain en raison du délai de carence, ce qui pourrait conduire à se poser la question d'une éventuelle exclusion de la période de réduction de l'activité pour la détermination du revenu, en application de l'art. 7 al. 1 OAPG. Néanmoins, la recourante n'a pas allégué avoir été incapable de travailler pour cause de maladie pendant plus de 30 jours, n'a produit aucun certificat médical et demande spécifiquement la prise en compte des six ou quatre derniers mois de l'année avant son accouchement, et donc la prise en compte de la période durant laquelle son activité a été réduite, de sorte que cette question ne se pose pas.

**9.2.3** La recourante demande que les premiers mois de son activité ne soient pas pris en compte, car ces mois n'auraient pas généré beaucoup de revenu en raison du délai de remboursement par les assurances et du démarrage de son activité.

Or, ces éléments ne sont pas des facteurs dont les dispositions légales, la jurisprudence et les directives applicables permettent la prise en compte, le législateur ayant au contraire souhaité que le revenu moyen de l'activité lucrative soit pris en compte, ce qui suppose la prise en compte de toute la période déterminante d'activité lucrative indépendante de la recourante. Seuls les frais d'investissement auraient éventuellement pu devoir être traités conformément à la jurisprudence susmentionnée. La recourante n'a cependant pas exposé avoir supporté des frais d'investissement en 2023 au contraire de ce qu'a retenu l'intimée dans la décision attaquée.

Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimée a refusé de faire abstraction des premiers mois d'activité pour déterminer le revenu déterminant de la recourante.

**9.2.4** La recourante demande alternativement que son revenu soit fixé en fonction du revenu généré lors de sa reprise après son congé-maternité.

Cependant, tant la LAPG que la LAMat prévoient qu'est déterminant pour la fixation de l'allocation le revenu moyen de l'activité lucrative obtenu avant le début du droit à l'allocation.

Il serait partant contraire à la loi de prendre en compte le revenu de la recourante après sa reprise et l'intimée était fondée à refuser de calculer les allocations sur cette base.

**9.2.5** C'est par conséquent conformément au droit que l'intimée ne s'est pas écartée du revenu arrêté par les autorités fiscales et s'est basée sur le revenu de CHF 29'300.- conformément à la décision de cotisations personnelles définitive pour fixer les allocations dues à la recourante.

Pour le reste, la recourante ne remet pas en cause le montant de l'allocation retenu sur la base de ce revenu, de sorte que c'est à raison que l'intimée a ordonné la restitution de CHF 8'886.20 versés en trop.

- 10.** Dans ces circonstances, le recours, mal fondé, sera rejeté.
- 11.** Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu d'allouer une indemnité à titre de dépens à la recourante (art. 61 let. g LPGA).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f<sup>bis</sup> LPGA).

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public (art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 - LTF - RS 173.110). Le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nathalie KOMAISKI

Justine BALZLI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le