



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1257/1999

ATAS/96/2003

ARRÊT

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

du 23 septembre 2003

1^{ère} Chambre

En la cause

Monsieur Gjevat AVDIJA

recourant

Représenté par Maître Nicolas DROZ

Case postale 145

1211 - GENEVE 4

contre

OFFICE CANTONAL DE

intimé

L'ASSURANCE-INVALIDITE

Case postale 425

1211 - GENEVE 13

Siégeant : **Mme Doris WANGELER, Présidente**
Mme Giovanna DESCLOUX et Mr. Pierre GUERINI, Juges assesseurs

A/1257/1999

EN FAIT

1. Monsieur Gjevat AVDIJA, ressortissant Kosovar né en 1961, manoeuvre dans le bâtiment a été victime d'une chute sur un chantier en 1988. Il s'est alors vu allouer une rente d'invalidité du 1^{er} octobre 1989 au 31 mars 1990. Il a ensuite exercé la profession de portier pour la sécurité dans le dancing « Tramps » d'avril 1992 au 22 mai 1993, date à laquelle il est à nouveau tombé. Son incapacité de travail à 100% a duré jusqu'au 8 juillet 1994. Il a subi un blocage lombaire le 9 mai 1995.

Son médecin traitant, la Doctoresse ANDONOVSKI a, dans un rapport du 5 mai 1996 à l'attention de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI), posé les diagnostics suivants : tendinopathie au niveau de l'épaule droite, rupture partielle de la coiffe des rotateurs épaule droite, lombosciatalgies gauches aiguës à répétition, protusions discales étagées aux niveaux L3-L4 et L4-L5, protrusion discale importante appuyant sur l'émergence de la racine L5 gauche, discopathie D12-L1, canal lombaire étroit (avec probable conflit radiculaire), dégénérescences discales L3-L4 et L4-L5, glissement de l'étage cervical supérieur de C3 sur C4 et état anxio-dépressif. Elle a estimé son incapacité de travail entière depuis le 9 mai 1995, tout en précisant qu'une activité légère, alternant les positions et sans port de charges lourdes était adaptée à son état de santé.

Monsieur AVDIJA a été soumis à un stage d'observation professionnelle effectué au Centre d'intégration professionnelle de l'AI (ci-après le COPAI) du 6 au 31 octobre 1997. Ce stage a été interrompu pour raisons médicales en date du 17 octobre 1997. Les experts professionnels ont pris les conclusions suivantes : « (...) En l'état actuel nous manquons d'observations concordantes pour déclarer dans quelle mesure cet assuré est ou non invalide. Toutefois, un placement immédiat dans le circuit économique normal paraît voué à l'échec. Nous proposons que soit conjointement menées deux démarches : un examen approfondi des aspects physique et affectif à la Consultation de la douleur et une activité en atelier protégé

qui devrait permettre de mettre en évidence les capacités de Monsieur AVDIJA sur un long terme ».

Monsieur AVDIJA a fait l'objet d'une première expertise pluridisciplinaire effectuée à la Polyclinique médicale universitaire à Lausanne. Il a été soumis à deux consultations spécialisées, l'une de neurologie et l'autre de psychiatrie. Les experts ont posé les diagnostics suivants : état dépressif moyen avec syndrome somatique, personnalité à traits caractériels, pervers et histrioniques, syndrome douloureux chronique, tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, troubles statiques modérés du rachis, discopathie avec protrusion discale médio-latérale gauche en L4-L5, canal lombaire étroit. Ils ont formulé les remarques suivantes : « Lors de notre examen, nous avons constaté des signes de non-organicité et le neurologue décrit une surcharge psychogène chez un homme au seuil de perception de la douleur très bas. L'évaluation psychiatrique met en évidence des troubles de la personnalité et un état dépressif. Actuellement, il est considéré d'intensité moyenne. (...) C'est avant tout le tableau psychiatrique qui est déterminant pour la capacité de travail en considérant le dernier emploi qui n'était pas une activité physique lourde et permettait l'alternance des positions et sans port de charges. A notre sens, le problème psychiatrique n'est pas si invalidant et l'état déjà amélioré une première fois avec le traitement antidépresseur devrait évoluer favorablement ». Répondant à des questions particulières, les experts ont estimé que compte tenu des problèmes physiques et psychiques, Monsieur AVDIJA présentait une capacité de travail de 70 à 80% dans une activité légère, sans port de charges et permettant l'alternance des positions, comme dans la profession de portier. Enfin, la personnalité de l'assuré, son caractère et son comportement ambivalents rendaient difficile la mise en œuvre de mesures professionnelles, à l'exception d'une aide au placement qui pourrait favoriser la réintégration dans le monde professionnel (cf. rapport d'expertise du 24 août 1998).

En réponse à des questions posées par le médecin conseil de l'AI, le Docteur CLAIVAZ, les experts ont indiqué : « Nous avons tenu compte dans notre appréciation que la profession de portier ou celle de physionomiste de bar pouvait comporter quelques tâches spécifiques variables selon l'emploi occupé. Les

conclusions restent valables et nous estimons la capacité de travail de 70 à 80%. (...) La capacité de travail exprimée ci-dessus est effective. Une amélioration ultérieure est envisageable après trois à quatre mois » (cf. courrier du COMAI du 2 novembre 1998).

La Doctoresse ANDONOVSKI, dans un courrier du 7 mars 1999 au mandataire de Monsieur AVDIJA, Maître Nicolas DROZ, a indiqué qu'il y avait contre-indication pour son patient à effectuer le métier de portier, qui comportait le port de charges lourdes. Elle a enfin mentionné qu'un avis opératoire avait été demandé au Docteur GAITZSCH, neurochirurgien.

Par décisions des 14 et 15 juillet 1999, l'OCAI a octroyé à Monsieur AVDIJA une rente entière d'invalidité du 1^{er} mars au 31 octobre 1994, du 1^{er} mai 1995 au 30 avril 1996, puis une demi-rente d'invalidité du 1^{er} mai 1996 au 30 septembre 1998, ainsi que des rentes complémentaires pour épouse et enfants. Monsieur AVDIJA avait en effet présenté une incapacité totale de travailler à partir du 22 mars 1993 et avait donc droit, après le délai de carence d'une année, à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mars 1994. Dès le 7 août 1994 cependant, il avait recouvré une capacité totale de travail dans une activité légère sans port de charges, permettant l'alternance des positions, comme dans sa profession de portier. La rente AI d'un degré de 100% avait ainsi été supprimée dès que la reprise du travail hypothétique, raisonnablement exigible, avait duré trois mois, soit dès le 1^{er} novembre 1994. Une aggravation de l'état de santé de l'assuré, le 9 mai 1995 l'avait empêché à nouveau totalement de travailler. Conformément à l'article 29^{bis} du règlement sur l'assurance-invalidité, le droit à la rente entière reprenait dès le 1^{er} mai 1995, soit dès les premiers jours de l'aggravation. Dès le 1^{er} février 1996, l'assuré avait recouvré une capacité partielle de travailler et avait désormais droit à une demi-rente d'invalidité depuis le 1^{er} mai 1996. Une expertise médicale avait ensuite été ordonnée, qui concluait à une aptitude à reprendre son ancienne activité de portier de 100%, avec un rendement diminué à 70 ou 80% dès le 24 juin 1998. Après une période de traitement, prise d'antidépresseurs et mesures psychosociales de trois à quatre mois, une amélioration était envisageable. Dès lors, et étant donné que l'invalidité était de l'ordre de 25%, degré insuffisant pour maintenir le droit aux

prestations AI, la demi-rente d'invalidité avait été supprimée, avec effet au 30 septembre 1998.

Par courrier du 13 août 1999, Monsieur AVDIJA, représenté par Maître Nicolas DROZ, a recouru contre ces décisions. Il a fait valoir que le Docteur GAITZSCH, auquel la Doctoresse ANDONOVSKI l'avait adressé, avait diagnostiqué une hernie discale L4-L5 para-médiane gauche luxée distalement, qui nécessitait une intervention chirurgicale. Cette lésion était déjà visible sur un scanner de 1995, en moins importante. Le 7 juin 1999, Monsieur AVDIJA avait subi l'intervention chirurgicale prévue et présentait depuis une incapacité totale de travailler jusqu'au 6 août 1999. L'arrêt de travail pourrait être prolongé par le médecin traitant. L'OCAI avait donc rendu ses décisions des 14 et 15 juillet 1999, sans tenir compte de son nouvel état de santé. Le recourant a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité jusqu'à la fin de l'année 1999, son état de santé et son degré d'incapacité de travail devant être alors réévalués avant qu'une nouvelle décision ne soit prise.

Dans un préavis du 10 janvier 2000, l'OCAI a fait valoir que, selon son médecin conseil, le Docteur CLAIVAZ, il fallait revoir la situation et réévaluer quelle était la capacité résiduelle de travail, suite à l'intervention chirurgicale de l'hernie discale. Ainsi, l'OCAI avait constaté que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé depuis l'expertise COMAI effectuée au mois de juin 1998 et proposait la suspension de la cause afin de soumettre l'assuré à une nouvelle expertise.

Par courrier du 17 janvier 2000, Maître DROZ a fait savoir que son mandant ne s'opposait pas à la suspension de la procédure jusqu'à réception du rapport complémentaire d'expertise du COMAI.

Le recourant a donc été soumis à une deuxième expertise au COMAI, effectuée les 11, 12, 13 juillet et 6 septembre 2001. Il a fait l'objet d'une consultation spécialisée de neurologie par le Docteur CROUSAZ et de psychiatrie par le Docteur COCHAND. Les conclusions du rapport du 28 mai 2002 avaient été discutées dans le cadre d'une séance de synthèse multidisciplinaire en présence des Docteurs

PERDRIX (interniste), SALVI (rhumatologue) et GAILLARD-WASSER (psychiatre). Les experts ont retenu les diagnostics suivants ayant une influence essentielle sur la capacité de travail : état dépressif moyen avec syndrome somatique, syndrome douloureux somatoforme persistant sous forme de lombosciatalgies gauches, autre trouble délirant persistant. D'autres diagnostics avaient été posés, mais définis comme sans influence essentielle sur la capacité de travail, soit : status après dissection L4-L5 gauche le 7 juin 1999, troubles statiques et dégénératifs modérés du rachis (arthrose interfacettaire), tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. Les troubles neurologiques objectifs très discrets ne constituaient pas un facteur invalidant, de même que les troubles statiques et dégénératifs modérés du rachis. Au plan somatique, les experts concluaient à une aggravation intercurrente depuis juin 1998, mais avec un retour à l'état antérieur. Au plan psychiatrique, un état dépressif moyen avec syndrome somatique était constaté. Entre les deux expertises étaient apparus des éléments psychologiques nouveaux. Monsieur AVDIJA énonçait actuellement un cortège de symptômes évoquant un trouble délirant persistant ; il entendait des voix qui le dévalorisaient et se moquaient de lui. Les tests psychologiques corroboraient l'évaluation du psychiatre et mettaient en évidence un fonctionnement de personnalité psychotique, marqué par l'angoisse de destruction et de morcellement. Ainsi, au-delà du trouble somatoforme douloureux, il existait chez Monsieur AVDIJA une comorbidité psychiatrique qui correspondait plus vraisemblablement à un trouble délirant d'apparition nouvelle qu'à un syndrome de majoration des symptômes pour des raisons psychologiques. Ce trouble psychique représentait le facteur limitant majeur à une reprise d'activité professionnelle. Enfin, les barrières linguistiques et culturelles constituaient des facteurs de difficultés supplémentaires à la compréhension de la complexité de ce cas. La capacité de travail actuelle était faible, de l'ordre de 30%, quelle que soit l'activité considérée en raison avant tout de l'atteinte psychiatrique avec l'apparition ces dernières années d'un trouble délirant qui expliquait la différence d'appréciation comparativement à 1998. Il n'était pas possible de dater exactement l'aggravation. L'opération de hernie discale en juin 1999 pourrait toutefois constituer un acte agressif majeur ayant vraisemblablement contribué à l'aggravation du tableau psychique. Le pronostic était défavorable, au vu du trouble délirant persistant, de la comorbidité psychiatrique et

d'éléments non-médicaux, à savoir la longue durée d'interruption de travail et les procédures judiciaires.

La Doctoresse ANDONOVSKI a dans le cadre de l'instruction du dossier menée par la Commission cantonale de recours AVS-AI, précisé qu'un traitement médicamenteux proposé par le Docteur COCHAND, expert psychiatre, avait été mis sur pied. Ce traitement avait permis une amélioration nette sur le plan psychique, avec disparition des hallucinations. La Doctoresse ANDONOVSKI a à cet égard ajouté que le patient n'avait pas exprimé antérieurement, dans son discours, avoir eu des hallucinations.

Dans des observations complémentaires du 18 octobre 2002, l'OCAI s'est référé à une note de son médecin conseil du 16 octobre 2002, selon laquelle les troubles avaient disparu avec un simple traitement médicamenteux et que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré. Aussi l'OCAI concluait-il que ce trouble était transitoire et l'hypothèse de l'effet pervers du contexte de l'expertise lui paraissait la plus probable. Par ailleurs, il ressortait clairement que ce trouble psychiatrique pesait lourd dans l'appréciation de la capacité de travail faite par les experts, étant rappelé qu'aucun trouble d'ordre physique objectif important n'avait pu être observé chez cet assuré ; autrement dit, il apparaissait clairement qu'il n'y avait pas de réelles limitations physiques dans un poste adapté. Enfin, il convenait de rappeler que l'état dépressif était qualifié de moyen par les experts et en rapport avec le syndrome douloureux. Ainsi, dans la mesure où le facteur limitant majeur qu'était ce trouble psychique avait disparu, il ne subsistait plus rien qui puisse justifier une diminution importante de la capacité de travail. Les décisions de limitation de la rente au 30 septembre 1998 devaient par conséquent être maintenues.

Dans des observations complémentaires du 22 novembre 2002, le recourant a souligné que son état s'était aggravé suite à l'intervention chirurgicale du 9 juin 1999. Par ailleurs, l'ensemble des praticiens consultés était d'avis que son état de santé nécessitait une nouvelle intervention, ce, afin de réduire les douleurs qui le poursuivaient quotidiennement et l'empêchaient d'accomplir toute activité physique. Le recourant ne se sentait cependant pas la force psychique de se soumettre à un

nouveau traitement chirurgical. Enfin, l'OCAI n'avait pas tenu compte des conclusions de l'examen psychologique pratiqué par Madame EPERON, psychologue au COMAI, selon lequel, il était totalement envahi par l'angoisse persécutoire centrée sur le corps et les interventions subies. L'OCAI avait également ignoré les exigences psychologiques du métier de portier de boîte de nuit. Enfin, la Doctoresse ANDONOVSKI, dans une attestation du 17 novembre 2002, avait relevé que l'état de santé actuel du recourant, tant sur le plan physique que psychique, excluait qu'il reprenne un travail. Le recourant a conclu à l'ordonnance d'un complément d'expertise, destiné à déterminer si son état de santé lui permettait d'exercer une activité professionnelle, et en particulier le métier de portier de boîte de nuit.

EN DROIT

A la forme :

1. Le recours interjeté auprès de la Commission cantonale de recours AVS-AI en temps utile est recevable (articles 84 LAVS et 69 LAI).

La cause a été transmise d'office au présent Tribunal conformément à l'article 3, al. 3 de la loi du 14 novembre 2002 modifiant la loi sur l'organisation judiciaire (LOJ).

Au fond :

La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA), du 6 octobre 2000, est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 et a entraîné la modification de nombreuses dispositions dans le domaine de l'assurance-invalidité.

La législation en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 demeure toutefois déterminante en l'espèce. En effet, d'après la jurisprudence, la législation applicable en cas de changement de règles de droit reste celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques (ATF 125 V 467 consid. 1, 126 V 166 consid. 4b), les faits sur lesquels l'autorité de recours peut être amenée à se prononcer dans le cadre d'une procédure de recours de droit administratif étant par ailleurs ceux qui se sont produits jusqu'au moment de la décision administrative litigieuse (ATF 121 V 366 consid. 1b).

Aux termes de l'art. 4 LAI, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale, provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

L'assuré-e a droit à une rente entière s'il-elle est invalide à 66 2/3% au moins, à une demi-rente s'il-elle est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il-elle est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI). Dans les cas pénibles, une invalidité de 40% au moins ouvre droit à une demi-rente (art. 28 al. 1bis LAI).

Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI, on doit mentionner - à part les maladies mentales proprement dites -, les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré-e pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un-e assuré-e peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré-e exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à

profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui-d'elle, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 1996 p. 318 consid. 2a, p. 321 consid. 1a, p. 424 consid. 1a ; RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références).

Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux peuvent, dans certaines circonstances, provoquer une incapacité de travail (ATF 120 V 119 consid. 2c/cc ; RSAS 1997 p. 75 ; RAMA 1996 No U 256 p. 217 et ss. consid. 5 et 6). De tels troubles entrent dans la catégorie des affections psychiques, pour lesquelles une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail qu'ils sont susceptibles d'entraîner (VSI 2000 p. 160, consid. 4b). A cet égard, la doctrine a décrit en détail la tâche de l'expert-e médical-e, lorsque celui-ci-celle-ci doit se prononcer sur le caractère invalidant de troubles somatoformes. Selon MOSIMANN, sur le plan psychiatrique, l'expert-e doit poser un diagnostic dans le cadre d'une classification reconnue et se prononcer sur le degré de gravité de l'affection. Il-elle doit évaluer le caractère exigible de la reprise par l'assuré-e d'une activité lucrative. Ce pronostic tiendra compte de divers critères, telle une structure de la personnalité présentant des traits prémorbides, une comorbidité psychiatrique, des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale, un éventuel profit tiré de la maladie, le caractère chronique de celle-ci sans rémission durable, une durée de plusieurs années de la maladie avec des symptômes stables ou en évolution, l'échec de traitements conformes aux règles de l'art. Le cumul des critères précités fonde un pronostic défavorable. Enfin, l'expert-e doit s'exprimer sur le cadre psychosocial de la personne examinée. Au demeurant, la recommandation de refus d'une rente doit également reposer sur différents critères. Au nombre de ceux-ci figurent la divergence entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert-e, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (MOSIMANN, somatoforme Störungen : gerichte-und-[psychiatrische] Gutachten, RSAS 1999, p. 1 et ss. et 105 et ss. ; VSI 2000 p. 155 consid. 2c).

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le-la juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré-e est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré-e (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

En principe, le-la juge ne s'écarte pas sans motif impératif des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert-e étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert-e, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le-la juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 118 V 290 consid. 1b, 112 V 32 et ss. et les références).

En l'occurrence, le recourant a été soumis à deux expertises, le 24 juin 1998 et le 28 mai 2002.

Il appert qu'entre ces deux expertises, des éléments psychologiques nouveaux sont survenus. Il a plus particulièrement été constaté qu'il existait chez l'assuré au-delà du trouble somatoforme douloureux, une comorbidité psychiatrique, représentant le facteur majeur s'opposant à une reprise d'activité. Aussi les experts ont-ils conclu, dans leur rapport du 28 mai 2002, que la capacité de travail ne dépassait pas 30%, ce quelle que soit l'activité considérée.

Nonobstant les conclusions claires de l'expertise, l'OCAI a considéré que les décisions litigieuses limitant le droit à la rente au 30 septembre 1998 devaient être confirmées. Il s'est à cet égard fondé sur les déclarations de la Doctoresse ANDONOVSKI du 29 septembre 2002, selon laquelle un traitement médicamenteux avait permis une amélioration nette sur le plan psychique, avec disparition des hallucinations.

Le recourant produit une lettre de la Doctoresse ANDONOVSKI du 17 novembre 2002, qui complète son précédent avis en déclarant qu'une expertise psychiatrique serait souhaitable. Il souligne que l'OCAI n'a pas tenu compte des contraintes physiques et en particulier psychologiques du métier de portier de boîte de nuit et sollicite un complément d'expertise afin qu'il soit déterminé si le traitement médicamenteux lui permettrait réellement, comme le soutient l'OCAI, de travailler à nouveau.

Le Tribunal de céans constate en tout état de cause que le traitement médicamenteux a permis une amélioration nette des troubles psychologiques mis en évidence dans la seconde expertise. Il convient de rappeler à cet égard que c'est essentiellement en raison de l'apparition de ces troubles que les médecins avaient estimé la capacité de travail à 30%, quelle que soit l'activité considérée.

Force dès lors est de constater que l'octroi d'une rente ne se justifie plus. Le recours est ainsi mal fondé.

* * *

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Reçoit le recours ;

Au fond :

1. Le rejette ;
2. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement qu'elle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière :

Marie-Louise QUELOZ

La présidente :

Doris WANGELER

Le présent arrêt est communiqué pour notification aux parties, ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances par le greffe

le