

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3548/2009

ATAS/1609/2009

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 1**

**du 8 décembre 2009**

En la cause

Madame S \_\_\_\_\_, domiciliée rue des Pâquis 3, 1201  
GENEVE

recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue  
de Lyon 97, GENEVE

intimé

**Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine  
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Madame S\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée), née en 1964, portugaise d'origine, est arrivée en Suisse en 1980. Elle a exercé divers emplois, tels que dame d'office, ouvrière dans l'horlogerie et nettoyeuse.
2. En date du 20 septembre 1993, elle a déposé une première demande de prestations auprès l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OAI), qui l'a rejetée par décision du 28 août 1997. Cette décision a fait l'objet de recours successifs devant la Commission cantonale genevoise de recours en matière d'AVS/AI, puis le Tribunal fédéral des assurances, qui les ont tous deux rejetés.
3. L'assurée a repris un emploi de nettoyeuse à raison de 8h15 par jour du 7 mai au 4 août 2001.
4. a) Le 18 octobre 2001, elle a déposé une seconde demande de prestations invoquant souffrir de douleurs au dos et à la nuque. Suite à l'instruction du dossier, dans le cadre duquel les Drs A\_\_\_\_\_, généraliste, et B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie, ont été consultés, l'OAI a à nouveau rejeté, par décisions du 15 mai 2002, sa demande de rente et de mesures de reclassement professionnel.  
  
b) Suite au recours de l'assurée contre la décision de refus de rente, le Tribunal de céans l'a partiellement admis par arrêt du 19 mai 2004 et a renvoyé la cause à l'OAI, afin qu'une expertise pluridisciplinaire soit mise en œuvre et qu'une nouvelle décision soit rendue.  
  
c) En exécution de cet arrêt, l'OAI a mandaté la Clinique romande de réadaptation (ci-après la CRR) pour expertise pluridisciplinaire rhumato-psychiatrique.

Le 4 mai 2005, le Dr C\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie de la CRR, a rendu une expertise dans laquelle il a exposé que l'anamnèse était donnée sous toute réserve, l'assurée collaborant mal, fournissant des réponses plates, sans consistance, allant toujours dans le même sens d'une douleur obérant toute activité et faisant pratiquement d'elle une impotente. Selon ce spécialiste, les incohérences de l'assurée dans la description de l'aide obtenue de tiers, dans la prise médicamenteuse ou encore dans les limitations de ses activités étaient telles qu'elles lui faisaient perdre toute crédibilité. Elle affirmait souffrir de douleurs intéressant exclusivement l'hémicorps gauche, principalement les membres mais également le tronc. Lors de la mobilisation passive de ces articulations, ce médecin a pu noter un rictus douloureux systématique. L'assurée décrivait sa douleur comme horrible, inexplicable, constante et insomniaque. L'examen clinique a cependant montré qu'elle était en excellent état général ; toutes les articulations étaient calmes et bien mobiles et ce de façon symétrique. Ce médecin a conclu que l'état douloureux dont se plaignait l'assurée ne trouvait aucun

correspondant objectif et que, par conséquent, il ne voyait pas comment cautionner une hypothétique incapacité sur la base d'une atteinte à l'appareil locomoteur qui restait à démontrer.

Dans son rapport d'expertise du 18 mai 2005, le Dr D\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie de la CRR, a retenu que les plaintes douloureuses de l'assurée dépassaient ce que laisseraient attendre les éléments somatiques objectifs. Elles se situaient dans un contexte psychosocial délétère chez une personne qui souffrait, qui avait des difficultés avec ses enfants et dont les deux parents étaient au bénéfice de rentes de l'assurance-invalidité. Sur la base de ces éléments, ce médecin a fondé sa conviction que les douleurs étaient d'origine psychogène et que le cas de l'assurée entraînait strictement dans le cadre du diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. La comorbidité psychiatrique n'était pas significative, les traits de personnalité pathologiques ne constituant pas un trouble spécifique valant pour une perturbation du fonctionnement personnel et socioprofessionnel ; les éléments schizoïdes n'étaient pas retenus. Ce spécialiste a par ailleurs relevé que l'assurée avait des contacts fréquents avec ses parents, qu'elle décrivait son réseau d'amis comme large et que ses proches l'assistaient de façon conséquente pour son ménage et pour la confection de ses repas. Selon lui, son comportement d'invalidé semblait relever essentiellement de facteurs sortant du champ médical stricto sensu et il s'agissait vraisemblablement d'une situation fixée pour longtemps, puisque les possibilités thérapeutiques avaient été explorées depuis plusieurs années, qu'une psychothérapie n'aurait pas de sens et que les médications psychotropes n'avaient pas donné de résultats.

Le 30 mai 2005, le Dr E\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie de la CRR, a diagnostiqué un syndrome somatoforme douloureux persistant sans comorbidité psychiatrique significative. Les plaintes de l'assurée concernaient principalement l'ensemble de l'hémicorps gauche, débutant au niveau de la nuque pour s'étendre dans l'ensemble des membres supérieur et inférieur gauches. Il a relevé que l'examen clinique avait été rendu difficile en raison du comportement de l'assurée. Il pouvait cependant le considérer dans les limites de la norme, sans évidence tant du point de vue rhumatologique, ostéo-articulaire ou neurologique d'un quelconque signe pouvant expliquer le statut d'impotent et douloureux de l'assurée. Selon ce médecin, l'évaluation a fait apparaître un tableau d'incohérence totale chez une patiente s'auto-limitant à tous les tests et s'estimant invalide, incapable d'une quelconque activité. Il a à cet égard noté qu'elle était aidée dès son réveil par des proches pour sa toilette et ses activités ménagères ; elle sortait toutefois quasiment tous les jours avec ses amis. Ce spécialiste a par ailleurs constaté que l'assurée n'avait pas de plan thérapeutique clair et que tous les traitements, tant physiques que médicamenteux, n'avaient jamais pu améliorer la situation ou avaient été interrompus par la patiente elle-même. D'un point de vue purement médical, et sans mettre en doute le fait que l'assurée souffrait, il n'était, selon lui, pas possible de

démontrer une quelconque limitation qui pourrait empêcher qu'elle reprenne une activité professionnelle quelle qu'elle soit.

d) Se fondant principalement sur les conclusions du rapport de la CRR, l'OAI a, par décision du 7 juillet 2005 et décision sur opposition du 12 août 2005, rejeté sa demande de rente.

e) Cette décision a été déferée au Tribunal de céans, lequel a recueilli des renseignements auprès des Drs F\_\_\_\_\_, G\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_. La Dresse F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a indiqué, le 24 novembre 2005, ne pas pouvoir se prononcer sur le degré d'incapacité de travail de l'assurée, attendu qu'elle ne l'avait pas suffisamment rencontrée. Le Dr G\_\_\_\_\_, généraliste, a quant à lui signalé suivre l'assurée depuis 1997 pour des maux de tête, des insomnies, des douleurs abdominales et ostéoarticulaires et a relevé la présence éventuelle d'une fibromyalgie et une amélioration de sa dépression. D'après lui, elle était en totale incapacité de travail pour des raisons psychosomatiques. Enfin, le Dr H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a attesté que les aspects sociaux très compliqués de l'assurée pouvaient être la conséquence d'un trouble psychique de type anxiété-dépression, laquelle n'avait pas pu être évaluée de manière suffisante lors de son unique consultation.

Le Tribunal de céans a débouté l'assurée par arrêt du 11 avril 2006. Il a considéré que le rapport de la CRR présentait pleine valeur probante, que les rapports des autres médecins n'étaient pas suffisamment détaillés pour remettre en cause sa valeur probante et que le syndrome douloureux somatoforme présenté par l'assurée n'était pas invalidant, en l'absence de comorbidité psychiatrique suffisamment importante et de réalisation de plusieurs des autres critères prévus par la jurisprudence. Il a ainsi rejeté le recours de l'assurée.

f) Cet arrêt a été confirmé par le Tribunal fédéral en date du 13 avril 2007.

5. Le 9 février 2009, l'assurée a déposé une nouvelle demande de rente d'invalidité, indiquant qu'elle souffrait de dépression, de migraine et de lombalgies chroniques, atteintes existant depuis 2001.
6. Par courrier du 10 février 2009, l'OAI l'a invitée à produire tous documents médicaux utiles permettant de rendre plausible l'aggravation de son état de santé depuis la précédente évaluation.
7. En date du 9 mars 2009, l'assurée lui a transmis divers documents, dont une grande partie fait état de son état de santé avant la décision sur opposition du 15 août 2005. Certains rapports sont postérieurs à cette décision, soit notamment :

- un certificat du 15 mai 2006 du Dr G\_\_\_\_\_, lequel a retenu un syndrome musculo-articulaire, algique, erratique, chronique, s'accompagnant de troubles du sommeil, de troubles neurovégétatifs et d'une dépression, et caractérisé par une fibromyalgie depuis quelques temps. L'assurée présentait une incapacité de travail ;

- un rapport du 17 novembre 2006 de la Dresse I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, qui a indiqué que l'assurée était dépressive et très ralentie, qu'elle souffrait de céphalées depuis de nombreuses années, lesquelles étaient quotidiennes depuis un mois. Il n'existait cependant aucun trouble neurologique objectif, les résultats de l'IRM récente étant normaux ;

- un rapport du 26 avril 2007 de la Dresse J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en gastro-entérologie hépatologie, laquelle a attesté avoir vu l'assurée pour une gastroscopie. Elle se plaignait de douleurs épigastre-hypochondres droits avec brûlures et crampes. L'examen effectué était rassurant et un traitement a été mis en place ;

- une attestation du 4 mars 2009 du Dr A\_\_\_\_\_, dont il ressort que l'assurée souffrait de dépression chronique, de lombalgies chroniques, d'hypertension artérielle, de migraine chronique et de probable fibromyalgie. L'assurée était suivie à la consultation des Pâquis pour sa dépression ;

- une copie d'une carte de visite et de rendez-vous de la Consultation des Pâquis sans toutefois qu'un rendez-vous n'y soit noté.

8. Le 9 mars 2009, l'assurée a déposé une quatrième demande de prestations, dans le cadre de laquelle elle faisait état des mêmes atteintes que dans sa troisième demande.
9. Par courrier du 11 mars 2009, l'OAI a informé l'assurée qu'il ne pouvait pas donner de suite favorable à cette dernière demande, attendu qu'il était en train d'évaluer s'il y avait lieu d'entrer en matière sur sa précédente demande datée du 9 février 2009.
10. Par avis du 13 mars 2009, le Dr K\_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional AI (ci-après SMR), a relevé que les documents produits ne révélaient aucun élément nouveau par rapport à l'expertise de la CRR de 2005.
11. En date du 20 mars 2009, l'OAI a signifié à l'assurée un projet de décision de non-entrée en matière, au motif que les rapports médicaux produits ne mettaient pas en exergue d'éléments susceptibles de modifier les conclusions de la précédente évaluation médicale basée sur l'expertise de la CRR du mois de mai 2005.
12. Par courrier du 1<sup>er</sup> avril 2009, l'assurée a contesté ledit projet de décision, alléguant notamment souffrir de mal de dos et de dépression.

13. D'après le certificat du 7 septembre 2009 établi par A\_\_\_\_\_, l'assurée était actuellement en traitement et suivie par son cabinet pour des douleurs musculaires diffuses, probablement dues à une fibromyalgie, et pour de fortes migraines.
14. Par décision du 16 septembre 2009, l'OAI a confirmé son projet de décision de non-entrée en matière, aucun élément produit postérieurement à ce projet ne permettant de modifier sa position.
15. Le 2 octobre 2009, l'assurée a interjeté recours contre ladite décision, sollicitant l'entrée en matière par l'OAI sur sa demande de prestations. Elle a allégué ne pas être en bonne santé, être atteinte de dépression chronique, de lombalgies chroniques, d'hypertension artérielle, de migraines chroniques et de fibromyalgie, atteintes qui ont été attestées par le Dr A\_\_\_\_\_ dans son certificat médical du 2 octobre 2009. L'assurée a précisé qu'elle avait commencé à souffrir de dépression depuis son divorce et que différents problèmes familiaux ultérieurs avaient aggravé son état de santé.
16. Dans sa réponse du 29 octobre 2009, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il a rappelé que les deux premières demandes de prestations de l'assurée avaient été rejetées, puis confirmées tant par le Tribunal de céans que par le Tribunal fédéral. La décision faisant l'objet du recours concernait sa troisième demande de prestations déposée le 9 février 2009. Les documents médicaux produits dans le cadre de cette demande ne permettaient pas de conclure de manière plausible à une détérioration de l'état de santé de l'assurée.
17. Suite à la transmission de la réponse de l'OAI à l'assurée, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la Loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont relatives à la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20).

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où

les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1 et les références). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b). La LPGA est dès lors applicable.

3. Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).
4. La question litigieuse porte en l'espèce sur le refus d'entrer en matière sur la demande de prestations de l'assurée tendant à la modification de la décision de refus de prestations du 12 août 2005, entrée en force, suite à un recours auprès du Tribunal de céans et du Tribunal fédéral.
5. a) Selon l'art. 17 al. 1<sup>er</sup> LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. L'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1<sup>er</sup> janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

b) Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 RAI). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter (ATF 109 V 114 consid. 2b).

Dans un arrêt du 16 octobre 2003 (ATF 130 V 64), le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence relative à l'art. 87 al. 3 RAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002) et jugé que le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 125 V 193 consid. 2), ne s'applique pas à cette procédure. Eu égard au caractère atypique

de celle-ci dans le droit des assurances sociales, notre Haute Cour a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 RAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 ; actuellement, voir l'art. 43 al. 3 LPG), qui permet aux organes de l'assurance-invalidité de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer, à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst. ; ATFA non publié du 13 juillet 2000, H 290/98). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence se sont modifiées, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait au moment où l'administration a statué. Cette nouvelle jurisprudence vaut pour les cas futurs, ainsi que pour les affaires pendantes devant un tribunal au moment de son changement (cf. ATF 122 V 184 consid. 3b ; RAMA 2000 n° U 370 p. 106 consid. 2, et les références).

c) L'exigence du caractère plausible de la nouvelle demande selon l'art. 87 al. 3 RAI ne renvoie pas à la notion de vraisemblance prépondérante usuelle en droit des assurances sociales. Les exigences de preuve sont, au contraire, sensiblement réduites en ce sens que la conviction de l'autorité administrative n'a pas besoin d'être fondée sur la preuve pleinement rapportée qu'une modification déterminante est survenue depuis le moment auquel la décision refusant les prestations a été rendue. Des indices d'une telle modification suffisent lors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas de l'établir (cf. ATF non publié du 7 décembre 2004, I 326/04, consid. 4.1 ; VALLAT, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, RSAS 2003, p. 396 ch. 5.1).

d) Enfin, lors de l'appréciation du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations, on compare les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision administrative litigieuse et les circonstances prévalant à l'époque de la dernière décision d'octroi ou de refus des prestations (ATF 130 V 66 consid. 2, et 77 consid. 3.2.3 relatif à l'étendue de l'analogie entre la révision de la rente et la nouvelle demande par rapport aux bases de comparaison dans le temps).

6. a) En l'espèce, il s'agit de comparer les circonstances prévalant à l'époque de la décision du 12 août 2005 et les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la

décision du 16 septembre 2009 confirmant le refus de l'OAI d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations présentée le 9 février 2009.

b) A cet égard, il sera observé que l'OAI, se fondant sur l'expertise multidisciplinaire de la CRR, avait retenu au mois d'août 2005 que l'assurée ne souffrait d'aucune atteinte somatique ou psychique entravant sa capacité de travail et sa capacité de gain. Sa conclusion a été confirmée tant par le Tribunal de céans dans un arrêt du 11 avril 2006 que par le Tribunal fédéral le 13 avril 2007, lesquels ont considéré que son trouble somatoforme douloureux n'était pas invalidant.

c) Lors du dépôt de la nouvelle demande de prestations, le 9 février 2009, l'assurée n'a pas formellement fait état d'une modification ou d'une péjoration de son état santé, ayant uniquement indiqué qu'elle présentait une dépression, des migraines et des lombalgies chroniques depuis 2001.

En date du 9 mars 2009, l'assurée a transmis divers documents médicaux dont certains décrivent son état de santé après la décision sur opposition du mois d'août 2005. Il en ressort que l'assurée souffrait principalement de douleurs musculo-articulaires, de problèmes gastriques, d'hypertension artérielle, de lombalgies, de migraines chroniques, de dépression et de fibromyalgie. Toutefois, les résultats de la gastroscopie étaient rassurants et ceux de l'IRM de novembre 2006 ne mettaient pas en exergue de trouble neurologique objectif.

d) Le Tribunal de céans constate qu'aucun des médecins ne fait part d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis 2005 et que hormis le Dr G\_\_\_\_\_, généraliste, aucun des autres médecins n'a précisé que la capacité de travail de l'assurée était diminuée d'une quelconque manière. Le Dr A\_\_\_\_\_ a en particulier déclaré, tant par certificat du 4 mars que du 2 octobre 2009, que l'assurée présentait de fortes migraines ou encore une hypertension artérielle, affections qui n'étaient pas encore présentes en 2005, il n'a cependant pas indiqué qu'elles avaient une influence sur sa capacité de travail.

Par ailleurs, il est vrai que le Dr A\_\_\_\_\_ a expliqué que l'assurée était suivie à la Consultation des Pâquis pour sa dépression, toutefois il n'a pas été précis dans son diagnostic psychiatrique, retenant uniquement qu'elle était dépressive. L'assurée ne produit du reste aucun rapport d'un médecin psychiatre, se contentant de transmettre à l'OAI une carte de visite et de rendez-vous de la Consultation des Pâquis, sur laquelle n'est inscrit aucun rendez-vous. Il ne peut ainsi en être conclu qu'elle consulte effectivement un psychiatre ou encore qu'elle présenterait un trouble dépressif plus important que celui retenu en août 2005.

d) Il y a ainsi lieu d'observer qu'en 2005, l'assurée a été jugée entièrement capable de travailler dans toute activité lucrative.

Dans le cadre de sa troisième demande de prestations, l'assurée n'allègue pas, et encore moins ne prouve, que son état de santé se serait modifié ou péjoré depuis cette dernière décision de refus de prestations, de manière à influencer ses droits. Elle ne rend en effet pas plausible que ses affections somatiques ou psychiques auraient une influence sur sa capacité de travail.

e) C'est ainsi avec raison que l'OAI n'est pas entré en matière sur sa demande de prestations, de sorte que le recours sera rejeté.

Le Tribunal de céans informe toutefois l'assurée que si son état de santé et en particulier ses troubles psychiques venaient à s'aggraver et qu'elle entendait déposer une nouvelle demande auprès de l'OCAI, il lui faudra joindre les rapports médicaux attestant de cette détérioration et de ses conséquences sur sa capacité de travail.

7. L'art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2006, prévoit qu'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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice.

Tel ne sera pas le cas en l'espèce, le recours ayant été interjeté contre une décision de non entrée en matière, et non d'octroi ou de refus de prestations.

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

**Statuant**

**A 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, conformément aux 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 LOCHER

Doris WANGELER

La secrétaire-juriste :

Diane E. KAISER

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