

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3341/2010

ATAS/361/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 6 avril 2011

4^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur B _____, domicilié à Bernex, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marianne BOVAY

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève

intimé

Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Rosa GAMBA et Olivier LEVY, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur B_____ (ci-après : l'assuré), né en 1968 et titulaire d'un diplôme de menuisier, a travaillé comme serveur dans la restauration. Puis, le 7 avril 2003, il a été engagé en tant que manutentionnaire auprès de la société coopérative X_____ GENEVE.
2. Le 2 mars 2004, il a été victime d'un accident. Alors qu'il circulait en scooter, une automobile roulant en sens inverse lui a coupé la route en traversant la double ligne séparant les deux voies de circulation. Il a souffert de commotion cérébrale, contusions multiples et forte contusion du dos. Des examens radiologiques du 9 mars 2004 ont révélé des discopathies étagées sans conflit radiculaire et ont exclu la présence de lésions traumatiques à la colonne dorsale et lombaire.
3. Une incapacité de travail lui a été reconnue dès le jour de l'accident qui a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurances en cas d'accidents (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt; ci-après : SUVA).
4. L'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation à Sion (ci-après : CRR), du 4 août au 15 septembre 2004 en raison de douleurs lombaires et dans la région sacro-iliaque, avec irradiation dans les deux membres inférieurs. Dans son rapport d'évaluation des capacités fonctionnelles du 24 septembre 2004, le Dr L_____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation ainsi que rhumatologue, a diagnostiqué des lombalgies chroniques et des discopathies lombaires étagées. Lors d'un consilium psychiatrique effectué le 6 août 2004, le Dr M_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué un trouble de l'adaptation avec symptômes mixtes, anxieux et dépressifs. Selon ce médecin, le trouble était d'intensité modérée et réactionnel à l'accident. L'assuré ne présentait pas de trouble attentionnel, ni mnésique et la thymie globale paraissait légèrement abaissée. Son niveau d'anxiété était légèrement élevé, mais, à l'exception de quelques cauchemars occasionnels, il ne présentait pas de trouble anxieux spécifique. Selon le Dr L_____, le sujet sous-estimait ses aptitudes fonctionnelles au vu des auto-limitations qu'il avait constatées au cours des examens. L'intensité du handicap fonctionnel ne pouvait s'expliquer par les suites du traumatisme qui ne justifiaient pas le maintien de l'incapacité de travail. Cette dernière était de 50% dès le 16 septembre 2004 et nulle dès le 16 octobre 2004.
5. Par décision du 17 septembre 2004 et décision sur opposition du 21 janvier 2005, la SUVA a fixé la capacité de travail de l'assuré à 50% dès le 16 septembre 2004 et à 100% dès le 16 octobre 2004.
6. Dans un rapport du 7 décembre 2004, le Dr N_____, spécialiste en médecine interne et maladies rhumatismales, a constaté un très discret syndrome vertébral difficile d'interprétation dans un contexte démonstratif ainsi que des dysesthésies du

membre inférieur droit sans territoire spécifique. Même si l'on devait reconnaître un syndrome douloureux, le status n'objectivait pas de limitation susceptible de justifier la poursuite d'un arrêt de travail complet.

7. Le 20 décembre 2004, l'assuré a été pris en charge par les urgences psychiatriques des HUG. Dans son rapport du 5 avril 2005, la Dresse O_____, cheffe de clinique, a constaté la présence de tristesse, inappétence, anhédonie et culpabilité. Elle a diagnostiqué un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F 32.11).
8. Le 23 mars 2005, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité visant l'octroi de mesures de reclassement professionnel et d'une rente d'invalidité.
9. Dans un rapport du 30 avril 2005, le Dr P_____, généraliste, a diagnostiqué des contusions multiples, une commotion cérébrale et un probable état de stress post-traumatique. L'état de santé était stationnaire avec persistance d'une boiterie inexplicable, de douleurs coccygiennes et d'une colonne lombaire, diffusément douloureuse. Il a admis une incapacité de travail entière dès le 2 mars 2004 tout en précisant que la capacité de travail raisonnablement exigible dans l'activité de magasinier était difficilement évaluable et qu'on pouvait exiger de l'assuré qu'il exerçât une autre activité.
10. Dans un rapport du 4 mai 2005, la Dresse Q_____, interniste à la consultation psychiatrique de la Jonction, a diagnostiqué un trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive (F 43.22) présent depuis 2004. Elle a constaté une tristesse modérée, un discours cohérent, un manque d'énergie avec fatigue, un sentiment d'insuffisance, mais pas d'idéation suicidaire. Un trouble de la personnalité était probable, mais en cours d'évaluation. L'incapacité de travail était entière.
11. Dans un rapport du 12 février 2007, le SERVICE MEDICAL REGIONAL AI (ci-après : SMR) a estimé ne pas pouvoir suivre les conclusions de la Dresse Q_____ quant à la capacité de travail de l'assuré. En effet, les éléments subjectifs et objectifs qu'elle mentionnait ne justifiaient pas un diagnostic invalidant au sens de l'assurance-invalidité. De plus, l'intensité du handicap fonctionnel ne pouvait pas s'expliquer par les suites de l'accident, ni par les discrets troubles dégénératifs révélés par l'imagerie radiologique, ni encore par une pathologie psychiatrique. Par conséquent, il y avait lieu de suivre les conclusions de la SUVA.
12. Dans un rapport du 9 mars 2007, la Dresse R_____, interniste à la consultation psychiatrique de la Servette, a fait état d'une évolution clinique stationnaire sur le plan psychiatrique. Elle espérait une amélioration des symptômes anxio-dépressifs grâce à un changement du traitement antidépresseur préconisé par le Prof. T_____ dans son rapport du 19 janvier 2007 consécutif à sa consultation au centre de la douleur des HUG.

13. Par décision du 3 avril 2007, l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après : OAI) a refusé tout droit à des prestations. Sur la base des conclusions du Dr N_____ et de la CRR, il a considéré qu'il n'y avait pas de diagnostic invalidant. Même si le Dr P_____ attestait une incapacité de travail totale tout en retenant le même diagnostic, son appréciation de l'incapacité de travail avait moins de poids que celle d'un spécialiste.

14. Par arrêt du 12 mars 2008 (ATAS/293/2008), le Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après : TCAS) a rejeté le recours formé le 25 mai 2007 contre cette décision. Il a retenu que, selon les divers rapports médicaux pertinents, l'assuré présentait un trouble de l'adaptation avec symptômes mixtes, anxieux et dépressifs alors que, du point de vue physique, il n'y avait pas de réelle limitation. Il ne voyait pas en quoi l'atteinte psychique empêchait l'assuré de mettre à profit sa capacité de travail d'autant plus qu'il existait des possibilités bien réelles que l'atteinte ne se pérennisât pas grâce à de nouvelles mesures thérapeutiques adéquates. En définitive, l'assuré n'était pas juridiquement limité dans sa capacité de gain au vu de ses problèmes de santé objectivables et ne pouvait donc prétendre aux prestations de l'assurance-invalidité. L'assuré n'a pas recouru contre cet arrêt qui est, par conséquent, entré en force.

15. Le 11 janvier 2010, il a présenté une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, sans préciser la nature de celles-ci. Il a joint deux rapports établis par la Dresse Q_____ et le Dr P_____. Dans son rapport du 20 juin 2009, le Dr P_____ a mentionné une aggravation de l'état psychique en 2005 en raison d'un état dépressif majeur. Il a également signalé l'apparition depuis 2008 d'un psoriasis en plaque des coudes ainsi que l'apparition récente de troubles respiratoires du sommeil et de symptômes de périarthrite des épaules de cause inexplicable évoluant vers une capsulite rétractile à droite entraînant une limitation fonctionnelle pour des travaux de manutention. Il a estimé que l'état de son patient était plutôt en péjoration du point de vue locomoteur, depuis une année, sans explications particulières. En outre, son état psychique grave ne montrait pas davantage de signes d'amélioration. Dans son rapport du 17 juillet 2009, la Dresse Q_____ n'a pas relevé de changements dans les diagnostics psychiatriques et s'est référée à l'anamnèse détaillée de son rapport du 30 mai 2008. L'état clinique de l'assuré évoluait sur un mode chronique avec une péjoration progressive. La symptomatologie douloureuse jouait un rôle important dans cette évolution défavorable. Depuis plus d'un an, il décrivait des attaques de panique soulagées ponctuellement par des anxiolytiques qui entravaient davantage son fonctionnement. Une évolution spécialisée au laboratoire du sommeil avait mis en évidence une pathologie respiratoire du type syndrome d'augmentation de la résistance des voies aériennes supérieures. Au vu de l'impact des somnifères sur les troubles respiratoires du sommeil, le traitement médicamenteux avait été adapté.

16. Dans une note manuscrite du 3 juin 2010, le Dr S _____, médecin du SMR, a indiqué que les nouveaux documents médicaux versés au dossier comparés aux rapports médicaux précédents n'apportaient pas d'éléments en faveur d'affections ayant une répercussion durable sur la capacité de travail. Par conséquent, les conclusions du rapport SMR du 12 février 2007 restaient valables.
17. Par projet de décision du 18 juin 2010, puis décision du 30 août 2010, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations au motif qu'il n'y avait pas d'éléments nouveaux susceptibles de modifier les conclusions de la précédente évaluation médicale.
18. Par acte du 1^{er} octobre 2010, l'assuré a recouru contre ladite décision. Il conclut, principalement et sous suite de dépens, au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction du dossier et, subsidiairement, à la mise en oeuvre d'une expertise pluridisciplinaire, rhumatologique, neurologique et psychiatrique. Il reproche au Tribunal de n'avoir pas tenu compte qu'en 2007, tant le Dr P _____ que la Dresse Q _____ ont posé un diagnostic d'état dépressif majeur. Il précise avoir déposé une nouvelle demande de prestations en raison d'un nouvel accident de voiture et d'une aggravation de ses problèmes somatiques, notamment de ses lombalgies. Il observe qu'en raison de son état dépressif récurrent, il est empêché de travailler malgré les traitements entrepris. Selon lui, même si les diagnostics ne sont pas différents, le facteur nouveau réside dans la chronicité des troubles avec une péjoration clinique progressive. De plus, les symptômes actuels sur le plan psychiatrique ne correspondent plus au trouble de l'adaptation avec niveau d'anxiété légèrement élevé permettant une reprise rapide d'activité. Sur le plan somatique, les diagnostics posés sont loin de ceux retenus de marche lente sans boiterie accompagnée de lombalgies sur discopathies minimales. Par conséquent, il existe des faits nouveaux importants qui auraient dû inciter l'intimé à entrer en matière sur la nouvelle demande. En outre, la décision est arbitraire car l'intimé a procédé de manière sommaire et incomplète en ne procédant pas à des mesures d'instruction telle que la mise en oeuvre d'une expertise avant de refuser tout réexamen de la situation.
19. Il a joint à son écriture un rapport de la Dresse R _____ du 8 mai 2007, un rapport du Prof. T _____ du 19 janvier 2007 et un rapport du Dr P _____ du 10 mars 2008. La Dresse R _____ a fait état d'une péjoration des douleurs avec des crises d'angoisse plus fréquentes et une tendance à l'irritabilité. Au vu de cette évolution défavorable, elle envisageait des changements dans le traitement médicamenteux afin d'arriver à une amélioration des symptômes anxio-dépressifs et des douleurs. Quant au Prof. T _____, il a diagnostiqué des lombalgies chroniques droites et un état dépressif majeur. Du point de vue thymique, le patient se décrivait comme déprimé et anxieux passant de très mauvaises nuits avec de nombreux cauchemars. Malgré la persistance de lombalgies droites chroniques, l'examen clinique était rassurant. Afin d'essayer d'avoir une action à la fois sur la thymie et le seuil de la douleur, il a proposé un traitement à base d'antidépresseur tricyclique. Pour sa

part, le Dr P _____ a mentionné un état dépressif grave avec aboulie, anhédonie, indifférence par moment, ralentissement du cours de la pensée et troubles du sommeil. Sur le plan physique, le rachis ainsi que la hanche droite étaient douloureux et la marche se faisait avec boiterie sur le membre inférieur droit. Il se plaignait également de cervicalgies intermittentes et de céphalées occipitales. Par conséquent, son état de santé s'était nettement aggravé tant du point de vue psychique que physique. Sa capacité de travail difficile à évaluer était au maximum de 20%.

20. Dans sa réponse du 28 octobre 2010, l'intimé a conclu au rejet du recours. En comparant les faits tels qui se présentaient lors de la décision du 3 avril 2007 avec ceux de la décision du 30 août 2010, les diagnostics retenus aux deux moments déterminants n'apportaient pas d'éléments en faveur d'affections ayant une répercussion durable sur la capacité de travail. Par conséquent, il n'était pas entré en matière à juste titre sur la nouvelle demande du recourant, celui-ci n'ayant pas rendu plausible une aggravation de son état de santé susceptible d'entraîner une modification de ses droits.
21. Le 29 novembre 2010, le recourant a produit dans la procédure un rapport du 14 octobre 2010 établi par la Dresse U _____, interniste à la consultation psychiatrique de la Servette. Ce médecin a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F 33.11) et un syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4). L'humeur restait fragile et on observait des décompensations sur un mode dépressif souvent en lien avec des événements de la vie (accident de voiture, maladie de son épouse). Malgré une prise en charge avec entretiens individuels et traitement médicamenteux à la compliance optimale, le patient n'avait pas présenté d'amélioration clinique significative. La capacité à assurer une activité professionnelle semblait diminuée de manière importante et on ne pouvait pas espérer une amélioration dans « un moyen long terme ».
22. Dans son écriture du 17 décembre 2010, l'intimé a considéré que le rapport de la Dresse U _____ n'apportait aucun élément nouveau et a confirmé ses conclusions précédentes. Il a joint un avis médical du SMR daté du 7 décembre 2010 relevant qu'au vu des diagnostics posés par la Dresse U _____, on ne parlait plus de trouble de l'adaptation, ni du trouble anxieux ponctuellement traité. Les éléments cliniques décrits ne permettaient toujours pas d'atteindre le niveau diagnostic de l'épisode dépressif léger et la récurrence du trouble dépressif restait à documenter. Pendant les périodes de décompensation, aucune affection constituée ne pouvait être retenue. S'agissant d'un éventuel syndrome douloureux chronique, il n'était documenté que par les seules plaintes algiques du recourant ce qui ne suffisait pas. Par conséquent, il n'existait aucun élément médical nouveau de sorte que les conclusions du rapport SMR du 12 février 2007 gardaient toute leur valeur.

23. Le 20 décembre 2010, le Tribunal a communiqué cette écriture au recourant et a informé les parties que la cause était gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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 l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

Dès le 1^{er} janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010).

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Elle est applicable en l'espèce, dès lors que les faits juridiquement déterminants se sont déroulés postérieurement à son entrée en vigueur (cf. ATF 130 V 446 consid. 1 et ATF 129 V 4 consid. 1.2). Les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). Les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008, sont régies par le même principe et sont donc applicables.
3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). La décision du 30 août a été reçue par le recourant le 1^{er} septembre 2010 de sorte que le recours du 1^{er} octobre 2010 a été formé en temps utile (art. 39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA.
4. Le litige porte sur le point de savoir si la demande de prestations satisfaisait aux exigences posées quant au caractère plausible d'une modification déterminante des faits.
5. 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 dé-

cision 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 130 V 68 consid. 5.2.3 et ATF 117 V 200 consid. 4b ainsi que les références).

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. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b).

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 entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.4).

6. L'intimé a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations au motif que le recourant n'a pas rendu plausible une modification de son invalidité susceptible d'influencer ses droits.

Au vu de la jurisprudence précisant la chronologie de l'examen de la nouvelle demande par l'administration, la Cour de céans doit se limiter à examiner si c'est à tort ou à raison que l'administration n'est pas entrée en matière sur la nouvelle demande. Il convient donc de vérifier si la demande de prestations satisfaisait aux exigences posées quant au caractère plausible d'une modification déterminante de l'invalidité (art. 87 al. 3 et 4 RAI).

En l'espèce, à l'époque de la décision de refus de rente du 3 avril 2007, sur le plan psychique, le Dr M_____ et la Dresse Q_____ retenaient un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive, mais divergeaient sur l'appréciation de la capacité de travail. Le premier considérait qu'il n'y avait plus d'incapacité de travail dès le 16 octobre 2004, alors que la seconde retenait une in-

capacité de travail entière. Dans son arrêt du 12 mars 2008, le TCAS a expliqué pourquoi il ne pouvait pas suivre l'appréciation de la capacité de travail faite par la Dresse Q_____ et pourquoi il se basait sur celle du Dr M_____. Sur le plan physique, le Dr L_____ avait diagnostiqué des lombalgies chroniques et des discopathies lombaires étagées étant précisé que les divers médecins s'accordaient sur le fait que ces troubles n'entraînaient pas d'incapacité de travail.

A l'appui de sa nouvelle demande, le recourant a produit divers rapports médicaux.

Dans son rapport du 10 mars 2008, sur le plan psychique, le Dr P_____ diagnostique un état dépressif grave et fait état d'une aggravation. Sur le plan physique, il se borne à énumérer les plaintes du recourant. Il en déduit que l'état de santé de celui-ci s'est nettement aggravé tant du point de vue psychique que physique. L'évaluation de l'incidence des troubles psychiques entre dans la compétence du spécialiste en psychiatrie (ATFA non publié I 34/06 du 21 février 2007, consid. 8) de sorte que n'étant pas médecin-psychiatre, le médecin traitant n'est pas en mesure de procéder à une telle appréciation. Il n'explique pas en quoi il y aurait une aggravation des troubles psychiques en comparaison avec le rapport de la Dresse R_____ du 9 mars 2007 qui, à l'époque de la première décision, mentionnait une évolution clinique stationnaire sur le plan psychiatrique. Il se borne à expliciter l'état dépressif grave par une aboulie, une anhédonie, une indifférence par moment, un ralentissement du cours de la pensée et des troubles du sommeil, soit des éléments qui ne permettent pas de fonder objectivement l'existence d'un état psychique suffisamment grave pour justifier une incapacité de travail de 80%. Par conséquent, son rapport n'a pas de valeur probante s'agissant de l'appréciation psychiatrique (ATF 125 V 352 consid. 3a et 122 V 160 consid. 1c ainsi que les références). Sur le plan physique, en tant qu'il énumère les plaintes du recourant sans expliquer en quoi il existe une aggravation par rapport à l'époque de la décision initiale, son rapport n'est pas davantage probant.

Dans son rapport du 20 juin 2009, le Dr P_____ observe une aggravation survenue en 2005 de l'état dépressif post-traumatique en raison d'un état dépressif grave et plutôt une péjoration de l'appareil locomoteur depuis une année. L'aggravation sur le plan psychique mentionnée par le Dr P_____ date de 2005 et est donc antérieure à la décision initiale de refus de prestations, partant elle ne peut pas être prise en considération dans le cadre du présent litige. Quant à l'appareil locomoteur, en concluant plutôt à une péjoration, le médecin traitant ne rend pas plausible une aggravation. Outre le fait que cette périarthrite a été soignée par corticothérapie orale et que le recourant n'en fait plus état dans ses écritures, le Dr P_____ ne précise pas que la capacité de travail de son patient se serait péjorée depuis le 3 avril 2007. Or, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le 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 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 (ATF 125 V 261 consid. 4 et ATF 115 V 134 consid. 2 ainsi que les références). De plus, dans son rapport du 17 juillet 2009 rédigé un mois après celui du Dr P_____, la Dresse Q_____ ne décrit aucune plainte du recourant au niveau des épaules alors qu'elle signale une symptomatologie douloureuse au niveau de la colonne vertébrale ce qui confirme l'absence d'aggravation durable de la capacité de travail en lien avec ces articulations.

Le recourant considère qu'il existe des faits nouveaux importants sur le plan physique car les diagnostics posés sont loin de ceux retenus de marche lente sans boiterie accompagnée de lombalgies sur discopathies minimales. Or, l'aggravation qu'il impute à un nouvel accident de voiture n'est confirmée par aucun rapport médical. De plus, contrairement à ce que soutient le recourant, le Dr P_____ avait déjà observé une boiterie inexplicable et une colonne lombaire diffusément douloureuse dans son rapport du 30 avril 2005 alors que le Dr N_____ avait suspecté un syndrome douloureux dans son rapport du 7 décembre 2004. Par conséquent, il n'existe aucune aggravation de la situation sur le plan physique depuis la décision du 3 avril 2007.

Dans son rapport du 17 juillet 2009, la Dresse Q_____ ne relève pas de changements dans les diagnostics psychiatriques, mais mentionne une évolution sur un mode chronique, une péjoration progressive dans laquelle la symptomatologie douloureuse joue un rôle important et l'apparition depuis le printemps 2008 d'attaques de panique soulagées ponctuellement par des anxiolytiques sans toutefois poser un diagnostic d'attaques de panique (F 41.00). Bien que ce rapport semble contradictoire en tant qu'il observe une aggravation progressive sans retenir de changement dans les diagnostics, la question de sa valeur probante peut rester non résolue. En effet, même s'il rendait plausible une possible aggravation de l'état de santé du recourant depuis la décision initiale de refus de prestations, il n'atteste toutefois pas que sa capacité de travail s'en trouve affectée dans une mesure propre à accroître son degré d'invalidité au sens des art. 4 LAI et 8 LPGA, ainsi que l'art. 87 al. 4 RAI le requiert pour justifier la réouverture du dossier. En effet, la Dresse Q_____ ne s'exprime pas sur la capacité de travail du recourant. En particulier, elle n'indique pas que celle-ci se soit péjorée depuis le 3 avril 2007.

Le rapport de la Dresse V_____ que le recourant a produit devant la Cour de céans n'est pas davantage déterminant pour l'issue de la procédure. En effet, dans un litige de ce genre, l'examen du juge des assurances est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier (ATF 130 V 64; voir également l'ATFA non publié I 52/03 du 16 janvier 2004). Or, le rapport du 14 octobre 2010 porte sur des faits survenus postérieurement à la décision litigieuse, si bien qu'il ne doit pas être pris en considération pour en apprécier la légalité. Il ne saurait être question de sur-

soir à ces principes - fût-ce par souci d'opportunité et d'économie de la procédure - sous peine de les vider de leur portée juridique (ATFA non publié I 597/05 du 8 janvier 2007, consid. 4.1).

Sur le vu de ce qui précède, le recourant n'a pas rendu plausible une modification de son invalidité susceptible d'influer son droit aux prestations.

7. Dans un deuxième moyen, le recourant invoque l'arbitraire de la décision du 30 août 2010 au motif que l'intimé n'a pas procédé à des mesures d'instruction telles que la mise en oeuvre d'une expertise avant de refuser tout réexamen de la situation.

Contrairement à ce que soutient le recourant, aucun arbitraire ne peut être reproché à l'intimé dès lors que le principe inquisitoire selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité ne s'applique pas dans la procédure prévue à l'art. 87 al. 3 RAI (cf. ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 et ATFA non publié I 52/03 du 16 janvier 2004, consid. 2.2). Au contraire, il incombe à l'assuré de produire des rapports médicaux pertinents à l'appui de ses conclusions (ATFA non publié I 607/04 du 6 décembre 2005, consid. 3).

8. Dans un dernier moyen, le recourant requiert de la Cour de céans la mise en oeuvre d'une expertise médicale.

Selon la jurisprudence, le juge peut renoncer à un complément d'instruction, sans violer le droit d'être entendu de l'assuré découlant de l'art. 29 al. 2 Cst., s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies, par les investigations auxquelles il doit procéder d'office, que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 469 consid. 4a et 119 V 344 consid. 3c; ATFA non publié U 154/02 du 17 mars 2003, consid. 6.1 et les références citées).

S'agissant de l'expertise médicale, dans le cadre de la nouvelle demande, l'assuré doit rendre plausible une modification des faits déterminants. Par conséquent, la maxime inquisitoire ne s'applique pas et, partant, l'examen du juge des assurances sociales est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier (ATF 130 V 64; ATFA non publié I 52/03 du 16 janvier 2004, consid. 3.2).

Vu ce qui précède, la cause est en état d'être jugée de sorte qu'il n'y a pas lieu de donner suite à la requête de mesures d'instruction.

9. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1bis LAI), il convient de renoncer à la perception d'un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assis-

tance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986; RS E 510.03).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Renonce à percevoir un émolument.
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

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

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