

FR_GERICHTE 605 2020 232 vom 21. September 2021

FR Kantonsgericht, 2021-09-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2020_232

FR: FR_GERICHTE 605 2020 232 du 21 septembre 2021

IT: FR_GERICHTE 605 2020 232 del 21 settembre 2021

Regeste

Arrêt de la Ie Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal | Invalidenversicherung

Erwägungen

E. 15

octobre 2014, la IIème Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal de l'Etat de Fribourg a rejeté le recours déposé par l'assuré contre la décision de refus d'entrée en matière du 27 janvier 2012. Cet arrêt n'a pas été contesté (605 2012 73). D. Le 27 novembre 2012, A._____ a été victime d'un deuxième accident de la circulation routière : son véhicule qui était immobilisé en raison de l'intensité du trafic fut percuté à l'arrière par un autre véhicule. Un whiplash a été diagnostiqué. E. Le 8 juin 2015, A._____ a déposé une troisième demande de prestations AI, en se référant aux séquelles de l'accident de la circulation routière du 27 novembre 2012. Le 16 juillet 2015, l'OAI a rendu un projet de refus d'entrer en matière fondé sur le fait que A._____ n'avait pas rendu plausible une modification déterminante de son état de santé et de sa capacité de travail. Le 15 septembre 2015, A._____ a transmis à l'OAI des rapports médicaux récents. Après avoir pris connaissance de ces rapports, le SMR a admis que l'accident du 27 novembre 2012 était un fait nouveau susceptible de modifier l'exigibilité médicale. Tribunal cantonal TC Page 3 de 10 Le 12 avril 2016, l'OAI a rendu un projet de décision intitulé « refus de rente AI ». Selon ce projet, les investigations effectuées suite à la demande de prestations du 8 juin 2015 n'avaient pas révélé de nouveaux faits médicaux objectifs de nature à modifier durablement l'exigibilité médicale. Le 13 mai 2016, A._____ a déposé des objections à l'encontre du projet de décision du 12 avril 2016. Il a complété ses objections le 23 mai 2016 en transmettant à l'OAI un rapport médical faisant état de nouvelles atteintes à sa santé. Le 8 juillet 2016, suite aux objections du 13 mai 2016 de l'assuré, l'OAI a annoncé qu'il allait mettre en œuvre une expertise médicale bidisciplinaire en rhumatologie et en psychiatrie. Le Centre médical d'expertises D._____ SA a déposé son rapport d'expertise pluridisciplinaire le 24 août 2017. Il a conclu à l'existence d'une capacité de travail entière sans diminution de rendement dans une activité adaptée. Le 27 octobre 2017, l'OAI a rendu une décision intitulé « refus d'entrer en matière », par laquelle il a toutefois confirmé la valeur probante de l'expertise réalisée et attesté l'absence d'aggravation de l'état de santé du recourant avec répercussion sur sa capacité de travail depuis sa dernière décision du 15 avril 2009. Le 28 novembre 2017, A._____ a déposé un recours contre la décision du 27 octobre 2017. Par arrêt du 7 janvier 2019, l'Instance de céans a rejeté son recours (605 2017 282). F. Le 25 juin 2020, affirmant que son état de santé a continué à se dégrader, A._____ a déposé une quatrième demande de prestations AI. Le 15 juillet 2020, l'OAI a annoncé à A._____ qu'il allait rendre une décision de refus d'entrer en matière, à moins qu'il ne produise une attestation médicale expliquant en quoi son état de santé s'est modifié

depuis la dernière décision du 27 octobre 2017. Suite au projet de décision du 15 juillet 2020, A. _____ a transmis deux rapports médicaux à l'OAI. Le premier de ces rapports consistait en une lettre de sortie du HFR-Fribourg relative à une hospitalisation du 18 au 26 août 2020. Le second consistait en un rapport médical du 29 septembre 2020 du Dr E. _____, spécialiste en psychiatrie et psychiatre traitant. Le 14 octobre 2020, l'OAI a rendu une décision de refus d'entrer en matière en mentionnant que les documents médicaux produits avaient été soumis au SMR pour détermination et qu'il en est ressorti que les documents produits se limitent à rapporter une appréciation différente d'un état de fait objectif qui est resté, pour l'essentiel, inchangé. G. Contre cette décision, A. _____, représenté par Me Guerry, avocat, interjette recours devant l'Instance de céans le 12 novembre 2020, concluant sous suite de dépens à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'OAI pour qu'il entre en matière sur la demande du 25 juin 2020 et rende une décision matérielle. A l'appui de son recours, il fait valoir en substance que les rapports médicaux qu'il a produits avec sa nouvelle demande de prestations rendent plausible une péjoration sensible de son état de santé et de sa capacité de travail postérieurement au 27 octobre 2017, date à laquelle l'OAI s'était livré au dernier examen matériel de son droit à une rente. Une avance de frais de CHF 400.- a été versée le 27 novembre 2020. Tribunal cantonal TC Page 4 de 10 Dans ses observations du 5 janvier 2021, l'OAI conclut au rejet du recours. Il indique qu'il s'agit toujours des mêmes contestations de l'exigibilité précédemment arrêtée, que l'assuré tente cette fois-ci de développer sous l'angle d'une aggravation de son état de santé depuis la précédente décision. Cette aggravation n'a pas été estimée plausible par le médecin SMR dans son avis du 14 octobre 2020. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état des arguments, développés par elles à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision sur opposition attaquée et dûment représenté, le recours est recevable. 2. Conformément à l'art. 87 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifié de manière à influencer ses droits. L'al. 3 prescrit que, lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies. 2.1. 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 130 V 64 consid. 5.2.3 ; 117 V 198 consid. 4b et les références). Le but est ainsi lié, sur le plan théorique, à la force matérielle de la décision (VALLAT, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, in RSAS 47/2003 p. 395). La base de comparaison pour l'examen du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations est dès lors la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit (cf. ATF 130 V 71 consid.

3.2.3). 2.2. 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 Tribunal cantonal TC Page 5 de 10 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, ce dernier 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. 3 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 108 consid. 2b). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'appelle pas à une révision au sens de l'art. 17 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 de la loi du

E. 19

juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20 ; arrêt TF 9C_89/2013 du 12 août 2013 consid. 4.1 et les références citées). Les principes régissant la révision selon l'art. 17 LPGA étant applicables par analogie aux cas prévus à l'art. 87 RAI, il doit en aller de même s'agissant d'une nouvelle demande, comme ici. Selon la jurisprudence, le fait pour l'OAI de prendre conseil auprès du SMR au sujet des pièces produites ne constitue pas une mesure d'instruction médicale. On ne peut en déduire que l'office est implicitement entré en matière sur la nouvelle demande déposée par un assuré (cf. arrêt TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 3.2). 2.3. Le principe inquisitoire (cf. art. 43 al. 1 LPGA) ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 RAI. L'administration peut appliquer par analogie l'art. 43 al. 3 LPGA – lequel permet aux organes de l'AI 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, ce à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi. Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, 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 (cf. arrêt TF 9C_789/2012 précité consid. 2.2 et les réf.). 2.4. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué, non d'après celui existant au temps du jugement (cf. ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; arrêts TF 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3 ; I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2 ; I 896/05 du 23 mai 2006 consid. 1). Des rapports médicaux produits après qu'a été rendue la décision attaquée sont dès lors, dans le cadre d'une procédure de nouvelle demande, en principe sans pertinence pour l'examen par le juge, ce même si, en soi, ils auraient pu influencer l'appréciation faite au moment déterminant où a été rendue la décision de l'office (cf. ATF 130 V 64 consid. 5 ; arrêt TF I 896/05 précité consid. 3.4.1). C'est donc à l'assuré qu'il incombe d'amener les éléments susceptibles de rendre plausible la notable aggravation de son état de santé, et dans

le cadre d'une procédure de recours, le juge n'a à prendre en considération que les rapports médicaux produits devant l'OAI (cf. arrêt TF 9C_838/2011 du 28 février 2012 consid. 3.3 ; ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Tribunal cantonal TC Page 6 de 10 Il sied en outre de relever que les services médicaux de l'assurance-invalidité peuvent se prononcer sur dossier dans la mesure de l'existence d'une documentation médicale complète et qu'ils ne sont pas tenus de requérir systématiquement eux-mêmes et pour eux-mêmes des expertises médicales. 3. En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si l'OAI était fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par l'assuré le 25 juin 2020. Dans ce cadre, et comme rappelé ci-dessus, l'Instance de céans se borne à vérifier si l'assuré a rendu plausible une éventuelle modification de son état de santé depuis la décision du 27 octobre 2017 – confirmée par arrêt du 7 janvier 2019 de la Cour de céans, entré en force – et cela jusqu'au moment de la décision de non-entrée en matière du 14 octobre 2020. 3.1. Cela implique, dans un premier temps, d'examiner les motifs ayant conduit l'OAI à rejeter la précédente demande de prestations. En l'espèce, la décision du 27 octobre 2017 retenait que l'état de santé du recourant ne s'était pas modifié depuis leur dernière décision du 15 avril 2009 (dossier OAI, p. 1115 ss). L'OAI s'était fondé sur le rapport d'expertise multidisciplinaire établi le 24 août 2017 par des experts de D. _____ qui avaient retenu que l'assuré avait subi un premier accident de la voie publique avec distorsion cervicale degré I, l'empêchant de poursuivre son activité professionnelle (traiteur et tenancier d'une pizzeria/kebab) à plein temps à cause des douleurs cervico-dorsales. Il avait fait une formation et s'est recyclé comme chauffeur de taxi en 2008, mais cette activité avait été abandonnée car il ne pouvait rester assis ni tourner la tête lors de la conduite. En 2012, il avait subi un second accident de la voie publique, avec nouveau coup-du-lapin, degré II et renforcement des symptômes préexistants. Une tentative en tant que chauffeur de bus scolaire avait été arrêtée par souci de responsabilité à l'égard des enfants car il craignait de faire un malaise au volant. Il se plaignait de vertiges, de douleurs cervico-brachialgies et dorso-lombo-sacrales, le limitant dans toutes ses activités. Du point de vue de la médecine interne, il n'y avait aucun diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail. Du point de vue neurologique, il n'y avait aucun diagnostic ayant une influence sur la capacité de travail. L'expert neurologue avait souligné que lors des deux accidents dont avait été victime, l'assuré, dans les heures qui ont suivi, n'avait relevé aucune symptomatologie particulière. La symptomatologie, considérée comme anormale, s'était manifestée bien après l'épisode initial. Ainsi, l'activité de traiteur était d'un point de vue neurologique tout à fait réalisable tout comme une autre activité adaptée. Sur le plan orthopédique, les experts retenaient une évolution favorable par rapport aux expertises antérieures avec des cervicalgies non expliquées par l'examen clinique et les bilans radiologiques. Sur le plan lombaire, il s'agissait d'un tableau de lombalgies banales sans conflit disco-radicaire et nécessitant de simples mesures d'hygiène posturale. L'expert en orthopédie posait les diagnostics suivants avec incidence sur la capacité de travail : discopathie cervicale associée à une petite hernie discale sous-ligamentaire C4-C5 gauche et une spondylarthrose L4-L5 et troubles dégénératifs avec discopathie L4-L5. Sur le plan orthopédique, les limitations fonctionnelles étaient pas de port de Tribunal cantonal TC Page 7 de 10 charges supérieur à 15 kg, pas de mouvements en flexion répétitive du rachis lombaire, pas de rotations fréquentes de la nuque. L'expert en orthopédie considérait que la capacité de travail était entière comme traiteur et comme conducteur de véhicules du groupe 2. L'expert rhumatologue relevait que l'existence d'une IRM cervicale ne montrant que des lésions peu significatives, la négativité de l'EMG et l'apparition progressive sur plusieurs années de

douleurs extrêmement diffuses, sans relation anatomique directe avec l'accident initial montrait qu'il existait manifestement des éléments extérieurs aggravants la symptomatologie clinique constatée. L'expert poursuivait en précisant : « Si les douleurs initiales présentées par l'assuré peuvent incontestablement être mises en relation directe avec le traumatisme, l'état clinique actuel est clairement indépendant de ce traumatisme et évolue pour son propre compte, car l'examen clinique et l'interrogatoire montrent qu'il existe une nette discordance entre l'anatomie constatée, les faits décrits et constatés subjectivement à l'examen clinique objectif. » Il posait les diagnostics suivants avec incidence sur la capacité de travail du point de vue rhumatologique : Discopathie cervicale associée à une petite hernie discale sous-ligamentaire C4-C5 gauche, discopathie L4-L5 et arthrose inter-apophysaire postérieure droite et gauche, dérangement intervertébral mineur D6-D7 et de la charnière dorso-lombaire entraînant une névralgie intercostale gauche. L'expert rhumatologue retenait les mêmes limitations fonctionnelles que celles mentionnées par l'expert en orthopédie et considérait également le recourant entièrement capable de travailler comme traiteur ou comme conducteur de véhicule du groupe 2. L'expert psychiatre indiquait que l'assuré développait en réponse au retentissement psychique du vécu de la douleur physique une réaction dépressive et anxieuse, dans un contexte familial et social défavorable. Il notait des divergences entre les dires de l'assuré et ce qu'il a pu objectiver pendant l'entretien ainsi que du point de vue anamnestique, notamment les activités journalières de l'assuré. Lors de l'examen, il ne relevait pas de symptôme en faveur d'une humeur dépressive, d'un épisode dépressif ou d'un trouble anxieux : l'assuré était un homme euthymique, qui vaquait à ses occupations à son goût et à sa guise. Il n'avait pas de trouble psychiatrique incapacitant, pas de limitation fonctionnelle psychique. De ce fait, sa capacité de travail demeurait pleine pour l'activité de sommelier ou de traiteur et il en était de même pour le rendement et il n'y avait pas non plus de limitations fonctionnelles. S'agissant des diagnostics sans incidence sur la capacité de travail, il y avait des traits de la personnalité de type histrionique F60.4, une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques F68 et des troubles somatoformes F45. Suite à cette expertise, l'OAI a rendu en 2017 une décision confirmant la valeur probante de l'expertise et attestant par ailleurs l'absence d'aggravation de l'état de santé de l'assuré avec répercussion sur sa capacité de travail depuis la dernière décision du 15 avril 2009. L'Instance de céans a rejeté le recours interjeté à l'encontre de cette décision le 7 janvier 2019 (cf. arrêt TC 605 2017 282 consid. 6). 3.2. Le 25 juin 2020, l'assuré a déposé une quatrième demande de prestations AI, soutenant que son état de santé a continué à se dégrader. Appelé à rendre vraisemblable que son état de santé s'était modifié depuis la décision du 27 octobre 2017, l'assuré a transmis deux rapports médicaux à l'OAI. Le premier de ces rapports est une lettre de sortie de l'HFR-Fribourg relative à une hospitalisation du 18 au 26 août 2020. Le second est un rapport médical du 29 septembre 2020 de son psychiatre traitant, le Dr E._____. Tribunal cantonal TC Page 8 de 10 Dans la lettre de sortie du HFR, les médecins qui l'ont examiné ont posé les diagnostics de dorso-lombalgies chroniques d'origine mécanique sur troubles statiques et dégénératifs avec IRM du rachis le 21 février 2018 : altérations dégénératives C4-C5, D4-D6, discopathie L4-L5, IRM du rachis le 19 février 2019 : hernie discale postérieurs sans conflit radiculaire, radiographie de la colonne totale le 25 juin 2019, scoliose dorsale dextro-convexe avec un angle de Cobb à 19°, actuellement parésie du membre inférieur droit d'origine fonctionnelle probable et probable neuropathie douloureuse des petites fibres des membres inférieurs. L'ENMG ne donne pas d'argument en faveur d'une radiculopathie, pas de signe de

polyneuropathie. Sérologie borréliose négative. Les médecins ont diagnostiqué un kyste de Baker et une bursite prépatellaire grâce à une IRM du genou droit le

E. 22

juillet 2020. Ils préconisent de la physiothérapie à but antalgique. La radiographie du genou droit ne montre pas d'épanchement intra-articulaire du genou. Cliniquement, la palpation du genou est douloureuse dans son ensemble, sans signe inflammatoire, sans épanchement mis en évidence. Les médecins observent une amyotrophie des membres inférieurs. En raison de l'asymétrie et du manque de force au niveau des membres inférieurs, une IRM du crâne et de la moelle épinière est réalisée le 21 août 2020 et permet d'exclure une origine centrale à la symptomatologie. Une ENMG réalisé par les neurologues permet d'exclure une origine périphérique aux symptômes. Au terme de leurs investigations, les médecins retiennent une origine mécanique aux gonalgies droites, éventuellement exacerbées dans le contexte d'un syndrome douloureux chronique connu et d'une possible neuropathie des petites fibres, diagnostic que les médecins ont décidé de ne pas investiguer en raison de l'absence de sanction thérapeutique, le patient ayant déjà bénéficié dans le passé de traitement de Prégabaline, mal toléré et sans effet sur les symptômes. D'un point de vue rhumatologique, les médecins retiennent une origine mécanique aux douleurs musculo- squelettiques chroniques du patient associée à un syndrome douloureux chronique. Ils n'ont aucun argument pour un rhumatisme inflammatoire ou de connectivite. Le patient rentre à domicile le

E. 26

août 2020 avec prescription de cannes anglaises qui seront sevrées en ambulatoire avec accompagnement physiothérapeutique. Dans son rapport médical du 29 septembre 2020, le psychiatre traitant du recourant, le Dr E. _____, indique que son patient est connu pour un trouble dépressif récurrent depuis plusieurs années et qu'il bénéficie d'une prise en charge psychiatrique intégré comprenant une psychothérapie de soutien assuré par une psychologue ainsi qu'un traitement psychopharmacologique. Malgré ce suivi, le psychiatre traitant relève que l'assuré connaît une aggravation de son épisode dépressif depuis 2019. Cette péjoration de son état psychique est liée à la dégradation de son état physique (doit utiliser deux béquilles pour marcher), sans parler d'autres facteurs extra-médicaux non pris en compte mais dont l'accumulation et la succession prétéritent selon lui l'état psychique de son patient. Le status est dominé par une symptomatologie anxio- dépressive majeure à laquelle s'associe des idées délirantes de persécution jusque-là absentes. Il en conclut que dans ce contexte d'aggravation une expertise multidisciplinaire serait souhaitable pour évaluer plus objectivement la capacité de travail de son patient. 3.3. Appelé à se prononcer, le Dr F. _____ du SMR a mentionné le 14 octobre 2020 que la lettre définitive de sortie du 28 août 2020 ne fait apparaître aucun élément médical objectif nouveau susceptible de modifier durablement l'exigibilité médico-théorique. Quant au rapport médical du psychiatre du 29 septembre 2020, il ne rend pas non plus plausible une aggravation de l'état de santé psychique de l'assuré et l'expertise multidisciplinaire souhaitée par le psychiatre n'a pas de justification médico-asséculogique. Tribunal cantonal TC Page 9 de 10 3.4. La Cour de céans partage l'avis du SMR. En effet, il ressort de la lettre de sortie du HFR que les altérations dégénératives concernant le rachis de l'assuré sont les mêmes que celles relevées dans l'expertise D. _____, qu'il n'y a pas de conflit radiculaire, pas de radiculopathie, pas de polyneuropathie, que le patient ne souffre pas non plus de la maladie de Lyme. S'agissant du genou droit, un kyste de Baker et une bursite ont été diagnostiqués.

Toutefois, la palpation du genou ne montre pas de signe inflammatoire et il n'y a pas non plus d'épanchement. Les médecins du HFR retiennent une origine mécanique aux gonalgies droites, exacerbées dans le contexte du syndrome somatoforme douloureux déjà présent. Ils ont simplement prescrit des cannes anglaises qui seront sevrées avec de la physiothérapie. Il ressort ainsi de la lettre de sortie du HFR que ce nouvel élément médical n'est pas de nature à modifier durablement l'exigibilité médico-théorique. Concernant les problèmes psychiques de l'assuré, son psychiatre traitant reconnaît lui-même que la péjoration de sa santé psychique est notamment liée à la présence de facteurs extra-médicaux « non pris en compte mais dont il faut reconnaître que l'accumulation et la succession prêterent l'état psychique du patient ». A cet égard, la Cour de céans relève que les facteurs extra-médicaux ne sont pas du ressort de l'assurance-invalidité. Quant au fait que la dégradation de son état psychique est liée à la dégradation de son état physique, il vient d'être démontré que ses gonalgies ne présentent pas de caractère de sévérité. Au vu de l'ensemble de ce qui précède, il apparaît que le recourant n'a pas rendu plausible que son degré d'invalidité se serait modifié de manière à influencer ses droits, depuis la précédente décision du 27 octobre 2017. La situation semble au contraire bien s'être cristallisée dans le sens d'une conviction d'invalidité chez un assuré qui est en quête d'une rente d'invalidité depuis plus de 16 ans (quatre demandes de prestations AI), qui fait systématiquement recours contre les décisions qui lui sont défavorables, qui a déposé sa première demande de rente à 42 ans et n'a jamais travaillé suffisamment pour être autonome financièrement si l'on se réfère à son relevé de compte individuel. C'est donc à juste titre que l'autorité intimée a suivi l'appréciation du SMR en retenant que les nouveaux éléments produits par le recourant ne constituaient qu'une appréciation médicale différente d'une situation inchangée. 4. Compte tenu de ce qui précède, c'est à bon droit que l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle et quatrième demande de prestations déposée par l'assuré le 25 juin 2020. Il s'ensuit que le recours du 12 novembre 2020, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée du 14 octobre 2020 confirmée. Les frais de justice, fixés à CHF 400.- sont mis à la charge du recourant qui succombe. Ils sont prélevés sur l'avance de frais versée le 27 novembre 2020. Compte tenu de l'issue du recours, il n'est pas octroyé de dépens. Tribunal cantonal TC Page 10 de 10 la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. Partant, la décision du 14 octobre 2020 est confirmée. II. Les frais de procédure sont fixés à CHF 400.- et mis à la charge du recourant qui succombe. Ils sont compensés avec l'avance de frais versée le 27 novembre 2020. III. Il n'est pas alloué de dépens. IV. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 21 septembre 2021/mfa Le Président : La Greffière-rapporteuse :