

VD_GERICHTE ZD12.023391 vom 19. März 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-03-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD12.023391

FR: VD_GERICHTE ZD12.023391 du 19 mars 2014

IT: VD_GERICHTE ZD12.023391 del 19 marzo 2014

Erwägungen

E. 1

a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance- invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

E. 2

a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 consid. 2.1; 125 V 413 consid. 2; 110 V 48 consid. 4a). b) En l'occurrence, le litige porte sur le droit du recourant au maintien du droit à une rente entière d'invalidité, en lieu et place d'une demi-rente, pour la période postérieure au 1er novembre 2005.

- 18 -

E. 3

a) Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 3). b) Par conséquent, le droit à une rente AI doit être examiné après le 1er janvier 2003, respectivement le 1er janvier 2004, en fonction des normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 (ATF 130 V 329; TFA I 404/05 du 19 septembre 2006 consid. 3). A partir du 1er janvier 2008 est entrée en vigueur la 5ème révision de la LAI, dont les normes sont

applicables au présent cas dans leur teneur consécutive à cette modification législative. En tout état de cause, les définitions de l'incapacité de travail, de l'incapacité de gain, de l'invalidité, de la méthode de comparaison des revenus et de la révision (de la rente d'invalidité et d'autres prestations durables) contenues dans la LPGA correspondent aux notions précédentes dans l'assurance-invalidité telles que développées jusqu'alors par la jurisprudence (ATF 130 V 343 consid. 2 à 3.6). De même, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité que ce soit sous l'empire de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 343 consid. 3.4; TFA I 7/05 du 17 mai 2005 consid. 2; TFA I 249/04 du 6 septembre 2004 consid. 4) ou de la 5ème révision de cette loi (TF 8C_373/2008 du 28 août 2008 consid. 2.1).

E. 4

al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte

- 19 - d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur au 1er janvier 2004, un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007, et art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur dès le 1er janvier 2008). b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c in fine; 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 131 V 49 consid. 1.2; 130 V 396 consid. 6). c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles

- 20 - activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1). Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants

aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c). Quant aux constatations émanant de médecins consultés par l'assuré, elles doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients. Ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3 et les références citées; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). d) Selon la jurisprudence (TF 9C_307/2008 du 4 mars 2009 consid. 3), la décision qui accorde simultanément une rente avec effet rétroactif et en prévoit la réduction ou la suppression correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA. Aux termes de cette disposition, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est révisée pour l'avenir, d'office ou sur demande. Tout changement important des circonstances propre à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, notamment, dès qu'une

- 21 - amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance- invalidité; RS 831.201]). La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; TF 9C_307/2008 précité consid. 3). Savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lors de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2). Lorsqu'une rente est allouée et qu'elle est en même temps augmentée, réduite ou supprimée en application des art. 17 LPGA et 88a RAI, il s'agit d'un rapport juridique, certes complexe, mais défini pour l'essentiel uniquement par le montant de la prestation et les périodes pour lesquelles elle est due. Le simple fait que l'étendue et, le cas échéant, la durée du droit à la rente varient au cours de la période couverte par la décision est sans importance sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige. Lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer quant aux périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 135 V 141 consid. 1.4.4; 131 V 164 consid. 2.3.3; 125 V 413 consid. 2d; TF 9C_795/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.2). e) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale

- 22 - de comparaison des revenus; ATF 130 V 343 consid. 3.4; 128 V 29 consid. 1; TF 8C_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 2.1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue être prises en compte (ATF 129 V 222 et les références citées). Lorsqu'on procède à une évaluation, celle-ci ne doit pas nécessairement consister à chiffrer des valeurs approximatives; une comparaison de valeurs exprimées simplement en pour-cent peut aussi suffire. Le revenu hypothétique réalisable sans invalidité équivaut alors à 100%, tandis que le revenu d'invalidité est estimé à un pourcentage plus bas, la différence en pour-cent entre les deux valeurs exprimant le taux d'invalidité (comparaison en pour-cent; ATF 114 V 310 consid. 3a; TF 9C_267/2012 du 26 novembre 2012 consid. 3.1). Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en règle générale en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1; 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.1). Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible – le revenu d'invalidité peut être évalué, notamment, sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ATF

- 23 - 135 V 297 consid. 5.2; 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 9C_673/2010 du 31 mars 2011 consid. 3.2).

E. 5

a) En l'espèce, l'OAI a accordé au recourant une rente entière d'invalidité pour la période du 1er novembre 2004 au 31 octobre 2005, puis une demi-rente à compter du 1er novembre 2005. Le recourant soutient pour sa part que le droit à la rente entière aurait dû être maintenu au-delà du 31 octobre 2005. Est ainsi litigieuse la réduction de rente à compter du 1er novembre 2005. A cet égard, l'OAI a fondé sa position sur une amélioration de l'état de santé de l'assuré survenue trois mois plus tôt (art. 88a al. 1 RAI), en juillet 2005, et lui ayant permis de recouvrer une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle. Cette appréciation est critiquée par le recourant, dans la mesure où il allègue n'être en mesure de ne travailler qu'à 25%, estimant qu'une activité physique légère, telle qu'exigible au plan somatique, ne peut selon lui pas être rémunérée de la même manière qu'une activité physique "normale", déplorant dans ce cadre que l'OAI n'ait pas procédé à une comparaison des revenus. b) Au plan somatique, il n'est pas contesté que le recourant a présenté une incapacité de travail de 100% depuis le 7 novembre 2003, date de son accident, ainsi que l'a notamment retenu le Dr C._____ (rapport du 15 novembre 2004). Il présentait alors des lombalgies et une fracture-tassement de L1. Pour la période postérieure, l'assuré a fait l'objet d'un séjour à la CRR du 5 au 27 juillet 2005. A l'issue de ce séjour, les Drs S._____ et V._____ ont admis une capacité de travail dans la profession de manoeuvre-charpentier de 50% dès le 27 juillet 2005, en précisant que cette

capacité de travail devait être réévaluée postérieurement (rapport de la CRR du 8 septembre 2005). Ces médecins se fondent sur une motivation et des explications détaillées, compte tenu également du premier séjour de l'assuré à la [...] du 15 juin au 14 juillet 2004, de sorte que leur avis doit être retenu. Leurs conclusions sont au demeurant corroborées par celles du Dr M._____. En effet, l'avis de ce médecin (rapport du 23 juin 2005) permet de retenir que l'assuré, à tout le

- 24 - moins en juillet 2005, a recouvré une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle. Par la suite, l'assuré a été examiné notamment par le Dr R._____, médecin d'arrondissement de la CNA, les 23 février et 13 juillet 2006. Ce médecin a retenu que l'assuré pouvait travailler à plein temps dans une activité légère de type industriel et autorisant les positions alternées. Il fallait toutefois s'attendre à une baisse de rendement, mais uniquement en raison de la composante psychique. Le Dr R._____ a motivé son avis en expliquant que le recourant ressentait des douleurs dorso-lombaires, nettement aggravées à l'effort, et qu'il devait fréquemment changer de position. Il a constaté un effacement de la jonction dorso-lombaire, sans troubles statiques majeurs, une musculature para-vertébrale bien développée, diffusément tendue, douloureuse à la palpation, qui entraînait des réactions de retrait. La mobilité rachidienne était bien récupérée, la mobilisation s'effectuait harmonieusement et était toujours douloureuse et surtout très appréhendée; les changements de position s'effectuaient avec précaution et il n'y avait pas de signes d'atteinte radiculaire. Les constatations médicales du Dr R._____ sont corroborées notamment par celles des Drs S._____, C._____, M._____, D._____ et X._____, qui ont également constaté la présence de lombalgies. Le Dr R._____ s'est prononcé sur l'état de santé de l'assuré après la reprise de son activité de manoeuvre-charpentier le 15 août 2005 (moyennant des allègements, soit sans port de charges ni longs déplacements), de sorte que son appréciation se fonde sur la situation la plus récente. On s'écartera des conclusions contraires du Dr C._____, dont les motivations sont peu étayées et dont l'avis, en tant que médecin traitant de l'assuré, doit être apprécié avec les réserves d'usage. En outre, le certificat médical du Dr C._____, attestant une incapacité de travail de 75%, n'est pas motivé et ne fait que s'aligner sur la situation professionnelle de l'assuré.

- 25 - Au demeurant, les rapports du Dr R._____ sont fondés sur une étude circonstanciée et sur des examens complets; ils prennent également en considération les plaintes du recourant, décrivent clairement le contexte médical, ne contiennent pas de contradictions et aboutissent à des conclusions convaincantes et sérieusement motivées. Dans ces conditions, une pleine valeur probante doit leur être accordée, dans la mesure où aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé. Il en résulte que le recourant présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée au plan somatique (activité légère de type industriel). c) Au plan psychique, le recourant ne conteste pas la teneur de l'expertise du Dr B._____, laquelle a au demeurant été tenue pour probante par le SMR, qui s'est fondé sur son contenu pour retenir une incapacité de travail de 50% dans toute activité. Dans son expertise du 16 août 2010, le Dr B._____ a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, avec des épisodes oscillant entre moyen avec syndrome somatique à sévères sans symptôme psychotique. Il a retenu que l'assuré présentait une incapacité de travail de 50% depuis juillet 2004, en précisant que ce dernier réagissait par absence d'anticipation positive, régression, résignation passive, manque d'énergie, manque de motivation et symptômes somatiques relevant de l'épisode dépressif.

Dans ses compléments des 29 octobre et 16 novembre 2010, le Dr B. _____ a relevé qu'il rejoignait l'avis de son confrère le Dr K. _____, psychiatre traitant, au sujet de la capacité de travail mais qu'il s'en écartait s'agissant du diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte. Les conclusions de l'expert sont convaincantes et s'appuient sur une motivation bien étayée, en pleine connaissance des pièces versées au dossier. Il y a donc lieu, à l'instar du SMR (avis médical du 10 janvier 2011) de retenir que l'assuré présente une incapacité de travail de 50% dans toute activité, en raison des troubles psychiques. d) Le recourant soutient qu'il a repris son activité auprès de son ancien employeur, à mi-temps avec une rentabilité de 50%, de sorte

- 26 - qu'il présente un rendement de 25%. Il allègue aussi qu'une activité légère serait moins bien rémunérée et se plaint de l'absence d'une comparaison des revenus. Pour sa part, l'OAI se fonde sur une perte de gain de 50%, qui se confond avec l'incapacité de travail de 50% sans diminution de rendement. En premier lieu, on relèvera qu'il appartient au médecin d'évaluer l'état de santé d'un assuré et d'indiquer dans quelle mesure ce dernier est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1), de sorte que le recourant ne saurait en l'état contester le taux de capacité de travail de 50% qui lui est reconnu sur le plan médical. Dans un rapport final de réadaptation du 20 septembre 2011, l'OAI a clairement relevé que l'activité exercée auprès de l'entreprise F. _____ SA était tout à fait adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant, dès lors qu'elle ne comporte pas de port de charges lourdes, pas de position en porte-à-faux, pas de position accroupie et pas d'activité sur échelle/échafaudage. Dès lors, l'activité exercée par l'assuré correspond à ses limitations fonctionnelles, telles que décrites par le Dr M. _____ (rapport du 23 juin 2005) et reprises par le SMR (rapport du 30 septembre 2005 du Dr Z. _____). Cela ressort aussi de la description de l'activité donnée par l'employeur (note de suivi de l'OAI du

E. 9

juin 2011). Il n'est ainsi pas possible de tenir compte de la baisse de rendement mentionnée par l'entreprise F. _____ SA, qui a retenu que l'assuré travaillait à la mi-journée à 50%, soit à 25%, avec des travaux adaptés (note de suivi de l'OAI du 9 juin 2011 et questionnaire pour l'employeur rempli le 2 février 2012). En effet, cette diminution de rendement n'est pas justifiée sur le plan médical et ne résulte pas des limitations fonctionnelles, ce d'autant plus que l'assuré effectue dans cette entreprise des travaux adaptés à son état de santé. Comme l'assuré travaille pour le même employeur qu'avant la survenance de son atteinte à la santé, une comparaison en pour-cent suffit pour établir le degré d'invalidité. Il s'ensuit que l'incapacité de gain, qui correspond à

- 27 - l'incapacité de travail, est de 50%, ce qui donne droit à une demi-rente d'invalidité. Par surabondance, on relèvera que la fixation du degré d'invalidité par le biais d'une comparaison des revenus conduit également à la reconnaissance du droit à une demi-rente. En effet, selon les chiffres retenus par l'OAI dans son courrier du 12 avril 2012, un revenu d'invalidé, pour un taux de 50%, de 28'679 fr. selon la convention collective de travail de la menuiserie/charpenterie ou de 26'086 fr. selon l'ESS, conduirait à un degré d'invalidité de 53.5% respectivement 58%. Au demeurant, la fiche de calcul du 20 septembre 2011 de l'OAI retient un salaire d'invalidé de 26'086 fr. 43 – compte tenu de l'ESS 2005, avec un abattement de 10% – et un revenu sans invalidité de 61'724 fr., conduisant à un degré d'invalidité de 57.74%. Ces chiffres ne sont pas contestés par le recourant et il n'y a pas de raisons de s'en écarter. 6. a) Au vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que l'assuré a

présenté sur le plan somatique une incapacité de travail de 100% depuis le 7 novembre 2003, puis de 50% dès le 27 juillet 2005. Sur le plan psychique, il a présenté une incapacité de travail de 50% depuis le 1er juillet 2004, laquelle ne s'additionne toutefois pas à l'incapacité de travail sur le plan somatique (TF 9C_598/2011 du 19 avril 2012 consid. 2.2; TF 9C_87/2008 du 9 octobre 2008 consid. 3; TF I 143/03 du 26 mai 2003 consid. 3.3). En effet, le taux global de l'incapacité de travail ne résulte pas de la simple addition de deux taux d'incapacité de travail (d'origine somatique et psychique) mais procède bien plutôt d'une évaluation globale, soit d'une pondération (TF 9C_87/2008 du 9 octobre 2008 consid. 3; TFA I 143/03 du 26 mai 2003 consid. 3.3). Il y a donc eu modification des circonstances justifiant une révision du droit à la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. C'est ainsi à juste titre que l'OAI a reconnu le droit du recourant à une rente entière du 1er novembre 2004 au 31 octobre 2005, puis à une demi-rente dès le 1er novembre 2005, soit trois mois après l'amélioration de son état de santé

- 28 - (art. 88a al. 1 RAI). Partant, le recours doit être rejeté, ce qui conduit à la confirmation de la décision attaquée. b) Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu de compléter l'instruction par le biais d'une expertise orthopédique ni par l'audition de témoins ou du recourant. En effet, conformément au principe de l'appréciation anticipée des preuves, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2; TF 9C_440/2008 du 5 août 2008). Au demeurant, la requête du recourant tendant à son audition personnelle, qui constitue uniquement une requête de preuve (ATF 122 V 47; TF 8C_964/2012 du 16 septembre 2013 consid. 3.2), doit également être écartée. 7. La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. Au vu de l'issue du litige, le recourant succombe, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 61 let. g LPGA).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.