



---

Cour III  
C-3169/2009

## Arrêt du 14 juin 2011

---

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz, juge unique,  
Margit Martin, greffière.

---

Parties

S. \_\_\_\_\_,  
FR- \_\_\_\_\_,  
recourant,

Contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés  
résidant à l'étranger (OAIE),**  
avenue Edmond-Vaucher 18, case postale 3100,  
1211 Genève 2,  
autorité inférieure.

---

Objet

Prestations de l'assurance-invalidité; décision du 9 avril  
2009.

**Faits :****A.**

Le ressortissant français, S.\_\_\_\_\_, né en 1954, a travaillé et cotisé aux assurances sociales en Suisse en 1972, 1980 et durant les années 1986 à 2005 (OAIE pces 2, p. 5 et 10, p. 1 à 3). Le 29 novembre 2005, il chute sur une plaque de glace et tombe sur le dos. Le médecin qui l'examine le même jour diagnostique une lombosciatique L5. S.\_\_\_\_\_, monteur programmeur sur véhicules automobiles, est licencié par son employeur le 26 janvier 2006 en raison de compression de personnel (OAIE pces 5 et 14, p. 6).

**B.**

En date du 24 septembre 2006, S.\_\_\_\_\_ dépose une demande de prestations d'invalidité auprès de l'office de l'assurance invalidité du canton de Genève (OCAI-GE; OAIE pces 1 à 4).

Lors de l'instruction de la demande, sont notamment produits les documents médicaux suivants :

- le rapport d'IRM de la colonne lombaire du 8 décembre 2005 établi par le Dr M.\_\_\_\_\_, qui a mis en évidence un Modic inflammatoire de grade II à l'étage L4-L5 avec hypersignal centro-discal et hernie de Schmorl du plateau supérieur de la vertèbre L5, un rétrécissement foraminaux modeste L5-S1 et un petit débord discal circonférenciel L5-S1 sans conflit disco-radicaire individualisable (OAIE pce 14, p. 16);
- un rapport médical établi le 10 décembre 2005 par le Dr V.\_\_\_\_\_, médecin généraliste, qui relève une lombosciatique L5 à bascule et indique que l'incapacité de travail est de 100% dès le 29 novembre 2005 (OAIE pce 14, p. 15);
- un courrier du 4 janvier 2006 du Dr R.\_\_\_\_\_, service de neurochirurgie aux HUG, adressé au Dr V.\_\_\_\_\_, par lequel il indique être partisan d'une option de traitement conservateur dans un contexte de discopathies étagées sans démonstration nette de hernie constituée; il note en outre, dans un contexte post-traumatique, quelques épisodes de lombalgies, le tout sans déficit ou signe de compression radicaire et avec une assez bonne réponse aux antalgiques. Le Dr R.\_\_\_\_\_ précise encore que les sémiologies à bascule avec protrusion médiane ne présentent pas la meilleure catégorie des options chirurgicales. Des séances de kinésithérapie et un traitement conservateur devraient

pouvoir faire passer cet épisode (OAIE pce 14, p. 19);

- un rapport médical du 17 février 2006 du Dr V.\_\_\_\_\_, qui reprend les constatations faites dans son rapport du 10 décembre 2005 (OAIE pce 14, p. 18);

- un rapport médical du 2 mars 2006 du Dr W.\_\_\_\_\_, médecin-conseil de la Winterthur Assurances, lequel diagnostique une contusion lombaire simple chez un homme de 50 ans présentant des antécédents de lombosciatique dans un contexte de lésions dégénératives antérieures (OAIE pce 14, pp. 20 et 21);

- un rapport médical du 1<sup>er</sup> août 2006 du Dr V.\_\_\_\_\_, qui retient le diagnostic de lombosciatique à bascule avec évolution vers une lombalgie chronique sur discopathies étagées sans hernie discale constituée et sans indication chirurgicale (OAIE pce 14, p. 22);

- un rapport d'expertise médicale du 5 octobre 2006 établi par le Dr B.\_\_\_\_\_, rhumatologue à Genève, qui diagnostique une lombalgie chronique et une tendinomyopathie des muscles de la péri-hanche des deux côtés. Ce médecin relève, dans l'emploi habituel de l'intéressé, une diminution de capacité de travail d'environ 50%; dans un emploi nécessitant des efforts intenses pour son rachis lombaire (port de charges lourdes de 10 kg ou plus, maintien de position en porte-à-faux, mouvements répétés du rachis lombaire, l'incapacité de travail est complète; par contre, dans un emploi léger, par exemple dans un bureau, lui permettant de fréquents changements de position, sans port de charges lourdes, sans mouvements répétitifs, la capacité de travail est complète (OAIE pce 14, pp. 23 à 32);

- un rapport médical établi le 10 octobre 2006 par le Dr V.\_\_\_\_\_, lequel note une lombosciatique L5 à bascule droite et gauche, des discopathies lombaires étagées n'ayant aucune indication chirurgicale (absence de hernie discale), une discrète dysplasie des valves aortiques motivant une prévention de l'endocardite infectieuse. Le Dr V.\_\_\_\_\_ précise que l'intéressé présente une incapacité de travail de 100% dès le 29 novembre 2005 dans la dernière profession exercée, mais qu'un travail de bureau, avec possibilité de s'asseoir et de marcher un peu, est possible à plein temps, avec toutefois une diminution de rendement de 50% (OAIE pce 11, pp. 2 à 4);

- un rapport médical du 6 novembre 2006 du Dr R.\_\_\_\_\_, qui renvoie

à sa prise de position du 4 janvier 2006 (OAIE pce 15, pp. 1 à 3);

**C.**

L'OCAI-GE a soumis ces documents au Service médical régional de l'AI (SMR). Dans son examen clinique rhumatologique du 22 août 2007, la Dresse U.\_\_\_\_\_, médecin-conseil du SMR, a posé comme diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail : syndrome lombaire avec irradiations pseudoradiculaires à bascule dans le cadre d'un trouble statique, discopathies étagées, notamment en L4-L5 avec protrusion discale sous-ligamentaire et œdème péri-discal, ancienne maladie de Scheuermann, dysbalances musculaires, agoraphobie traitée; et comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail : céphalées communes et discrète dilatation de l'aorte ascendante avec probable valvulopathie. La Dresse U.\_\_\_\_\_ a retenu une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle et de 100% dès octobre 2006 au plus tard dans une activité adaptée. Sur ce point, elle relève qu'il faut éviter une position statique prolongée debout, assise, en flexion-rotation du tronc et en porte-à-faux et précise que l'assuré ne peut travailler à la chaîne ni sur machine vibrante et que le port de charges est limité à 15 kg. A cause de son agoraphobie, l'intéressé ne peut se déplacer sur de longues distances, semble incapable de prendre les moyens de transport public et a besoin d'un environnement compréhensif et porteur (OAIE pce 21, pp. 3 à 8).

S.\_\_\_\_\_ a encore fait l'objet d'un entretien, le 14 décembre 2007, en vue d'établir une éventuelle réadaptation professionnelle (OAIE pce 27, pp. 1 à 5). Procédant à l'évaluation économique de l'invalidité par application de la méthode générale, l'OCAI-GE, par son service de réadaptation professionnelle, constate que l'assuré, du fait de son atteinte à la santé, subit une diminution de sa capacité de gain de 52,9% dès octobre 2006. Pour établir la comparaison des revenus, l'autorité inférieure s'est basée, concernant le revenu de valide, sur les indications contenues dans le questionnaire pour l'employeur, soit un salaire annuel de Fr. 105'625.-- (8'125. -- x 13) en 2006 et, pour ce qui est du salaire d'invalidé, sur les statistiques publiées par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse du secteur privé sur la structure des salaires (ESS) en 2004 indexé à la valeur de 2006. Pour tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier, l'OCAI-GE a procédé en faveur de l'assuré un abattement de 15% du salaire d'invalidé retenu. Le salaire annuel d'invalidé a ainsi été fixé à Fr. 49'715.-- . Du calcul de la perte de gain résulte un degré d'incapacité de 52,9% (OAIE pce 27, p. 6). Se fondant sur ce résultat, l'OCAI-GE a, par courrier du 16 janvier 2008,

fait parvenir à l'assuré un projet d'acceptation de rente, lui signifiant son droit à une demi-rente (OAIE pce 28, pp. 1 à 3).

L'assuré n'a pas fait usage de son droit d'être entendu et, le 6 mars 2008, l'OAIE a rendu une décision d'octroi de demi-rente (OAIE pce 33). Non contestée, cette décision est entrée en force.

**D.**

En date du 18 septembre 2008, l'OAIE a reçu de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de Haute Savoie un rapport E 213 établi le 8 septembre 2008 par la Dresse F.\_\_\_\_\_, médecin conseil de la sécurité sociale d'Annecy, laquelle retient le diagnostic de discopathie dégénérative étagée prédominant à l'étage L4-L5 sans conflit discoradiculaire. La Dresse précise qu'aux yeux de la législation française, S.\_\_\_\_\_ n'est pas considéré comme invalide (OAIE pce 35).

**E.**

Par courriers des 26 janvier et 11 février 2009, l'assuré a fait valoir une aggravation de son état de santé et a requis implicitement la révision de sa rente. Il a déposé en cause :

- le résultat d'un scanner lombaire du 24 juillet 2008 établi par le Dr G.\_\_\_\_\_, médecin à Annemasse, lequel relève des discopathies dégénératives étagées prédominant à l'étage L4-L5, sans hernie ni conflit disco-radicaire (OAIE pce 40, p. 2);
- une attestation du 23 janvier 2009 établie par le Dr V.\_\_\_\_\_, qui relève que son patient présente une aggravation de son état de santé (OAIE pce 38, p. 1).

**F.**

Le Dr D.\_\_\_\_\_, médecin-conseil du SMR a, le 20 février 2009, relevé que ces documents ne montraient pas de nouveau diagnostic et qu'une aggravation de l'état de santé n'était pas plausible, aucun élément factuel ne figurant au dossier. Il a précisé que le scanner du 24 juillet 2008 ne mettait en évidence que des atteintes dégénératives banales avec l'âge (OAIE pce 42, p. 2). En date du 24 février 2009, l'OCAI-GE a rendu un projet de décision de refus d'entrée en matière sur la demande de révision, l'assuré n'ayant pas rendu plausible une aggravation de son état de santé et a maintenu le droit à une demi-rente sur la base d'une invalidité de 50% (OAIE pce 41). Dans le cadre de son droit d'être

entendu, S.\_\_\_\_\_ a déposé un nouveau certificat médical établi le 5 mars 2009 par le Dr V.\_\_\_\_\_; ce médecin y mentionne que l'état de santé de l'intéressé s'est aggravé depuis octobre 2008, celui-ci présentant une lombosciatique L5 à bascule droite et gauche s'aggravant, des douleurs lombaires constantes, des sciatalgies aiguës droite ou gauche, une raideur lombaire majorée, un signe de Lasègue à 60° à droite et à gauche (OAIE pce 43, p. 2). Dans son rapport du 13 mars 2009, le Dr D.\_\_\_\_\_ relève que le courrier du Dr V.\_\_\_\_\_ ne fait que reprendre les éléments décrits dans le rapport SMR du 1<sup>er</sup> novembre 2007 ainsi que dans l'examen clinique de la Dresse U.\_\_\_\_\_ du 22 août 2007; par ailleurs, les anomalies scannographiques sont connues et compatibles avec l'âge. Il conclut ainsi à l'absence d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré (OAIE pce 45, p. 2). En date du 9 avril 2009, l'OAIE constate que la documentation produite en procédure d'audition n'apporte pas d'éléments nouveaux et rend une décision conforme à son projet (OAIE pce 47, p. 1).

#### **G.**

Par acte déposé le 15 mai 2009, S.\_\_\_\_\_ a formé recours contre la décision du 9 avril 2009 auprès du Tribunal administratif fédéral (TAF). Il conclut préalablement à l'examen de sa demande de révision, et principalement à l'annulation de la décision de l'OAIE et à la reconnaissance de son droit à une rente prenant en compte la péjoration de son état de santé. Il relève qu'en raison de ses douleurs au niveau des jambes et du dos, il doit prendre des calmants trois fois par jour ainsi que des antidépresseurs, qu'il est irritable, à de la peine à se concentrer et ne peut rester longtemps assis ou debout. Il relève qu'il a rendez-vous avec son neurochirurgien, le Dr R.\_\_\_\_\_, et qu'il produira un rapport médical complet dès qu'il sera en possession de celui-ci (TAF pce 1). Dans le délai qui lui a été imparti, le recourant a versé une avance de frais de Fr. 300.-- (TAF pces 2 à 4).

#### **H.**

Invité à se déterminer sur le recours, l'OAIE en propose le rejet dans sa réponse du 26 août 2009, faisant sienne la détermination de l'OCAI-GE du 20 août précédent. Ce dernier office note que le recourant n'a pas rendu plausible une aggravation de son état de santé (TAF pce 6). Dans sa réplique, transmise pour connaissance à l'autorité inférieure, S.\_\_\_\_\_ a relevé ne pas avoir de nouveaux éléments à faire valoir, contestant pouvoir retravailler, même à un taux réduit de 50% (TAF pces 9 et 10).

**Droit :****1.**

**1.1.** En application de l'art. 40 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier a travaillé est compétent pour examiner les demandes présentées par des frontaliers, tandis que les décisions sont notifiées par l'OAIE. Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), le TAF, en vertu de l'art. 31 LTAF, connaît des recours contre les décisions au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) prises par les autorités mentionnées à l'art. 33 LTAF. En particulier, les décisions rendues par l'OAIE concernant l'assurance-invalidité peuvent être contestées devant le TAF conformément à l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), celui-là étant dès lors compétent pour connaître de la présente cause.

**1.2.** En vertu de l'art. 3 let. d<sup>bis</sup> PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26<sup>bis</sup> et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

**1.3.** En l'espèce, le recourant est particulièrement touché par la décision attaquée et a un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (art. 59 LPGA). Il a, partant, qualité pour recourir.

**1.4.** Déposé en temps utile, dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée, le recours est recevable.

**2.**

Le recourant est citoyen d'un Etat membre de la Communauté européenne. Par conséquent, est applicable l'accord du 21 juin 1999 entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2002 (ALCP, RS 0.142.112.681) – dont l'Annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 80a LAI).

Conformément à l'art. 3 al. 1 du règlement du 14 juin 1971 (CEE) N° 1408/71 du Conseil, les personnes, qui résident sur le territoire de l'un des Etats membres et auxquelles les dispositions dudit règlement sont applicables, sont soumises aux obligations et sont admises au bénéfice de la législation de tout Etat membre dans les mêmes conditions que les ressortissants de celui-ci, sous réserve de dispositions particulières contenues dans ledit règlement. Comme avant l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (art. 40 par. 4 du règlement 1408/71).

### 3.

L'examen du droit à des prestations AI est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise, eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 consid. 1.2). La décision litigieuse étant datée du 9 avril 2009, les dispositions de la 5<sup>ème</sup> révision de la LAI entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008 (RO 2007 5129) sont applicables à la présente cause.

Dans ce contexte, on note que les dispositions légales concernant les demandes de révision suite à une modification de l'état de santé (art. 17 al. 2 LPGA; art. 87ss RAI n'ont subi aucune modification avec l'entrée en vigueur de la 5<sup>ème</sup> révision de la LAI.

### 4.

**4.1.** Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'al. 2 de cette disposition mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

Par incapacité de travail on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, 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. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 LPGA et

consiste dans toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché de travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

**4.2.** Un assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50%, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI). Les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50 % ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse. Cette condition doit également être remplie par les proches pour lesquels une prestation est réclamée (art. 29 al. 4 LAI).

Suite à l'entrée en vigueur de l'ALCP, les ressortissants d'un Etat membre de la Communauté européenne qui présentent un degré d'invalidité de 40% au moins ont droit à un quart de rente s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle sur le sol d'un Etat membre.

## **5.**

Le recourant a, le 26 janvier 2009, présenté une demande de révision de sa rente, sur laquelle l'OAIE n'est pas entrée en matière.

**5.1.** Selon l'art. 17 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. Le deuxième alinéa de la même règle prévoit que toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement.

En application de l'art. 87 al. 3 RAI, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impuissance ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'administration doit ainsi 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'entrer en matière.

Si l'administration entre en matière sur la demande, elle doit instruire la cause et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré s'est effectivement produite (ATF 130 V 71 consid. 2.2; arrêt du tribunal fédéral 9C\_881/2007 du 22 février 2008 consid. 2.2).

**5.2.** Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5, ATF 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 et réf. cit., ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b, RCC 1987 p. 36, SVR 2004 IV n. 5 consid. 3.3.3). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (par ex. ATF I 559/02 du 31 janvier 2003, consid. 3.2 et réf. cit.; sur les motifs de révision en particulier: URS MÜLLER, *Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung*, thèse Fribourg 2002, p. 133 ss). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (RUDOLF RUEDI, *Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen*, in: SCHAFFHAUSER/SCHLAURI [Hrsg], *Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung*, Saint-Gall 1999, p. 15).

**5.3.** Selon l'art. 88a al. 2 RAI, si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, le droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'augmentation de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet, au plus tôt, si la révision est demandée par l'assuré, dès le mois où cette demande est présentée (art. 88<sup>bis</sup> al. 2 let. a RAI).

## **6.**

En l'espèce, le Tribunal peut se limiter à examiner si l'état de santé du recourant s'est modifié de manière à influencer sur le droit à la rente entre le 6 mars 2008, date de la dernière décision entrée en force, et le 9 avril 2009, date de la décision attaquée.

**6.1.** Le 6 mars 2008, l'OAIE a reconnu à l'assuré le droit à une demi-rente fondée sur un degré d'invalidité de 50%. Cette décision est, d'un point de vue médical, basée essentiellement sur le rapport d'expertise du 22 août 2007 établi par la Dresse U.\_\_\_\_\_, laquelle a retenu comme diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, un syndrome lombaire avec irradiations pseudo-radiculaires à bascule dans le cadre d'un trouble statique, de discopathies étagées, notamment en L4-L5, avec protrusion discale sous-ligamentaire et œdème péri-discal, une ancienne maladie de Scheuermann et dysbalances musculaires, ainsi qu'une agoraphobie traitée et comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail des céphalées commune et une discrète dilatation de l'aorte ascendante, avec probable valvulopathie. La décision du 6 mars 2008 n'a pas fait l'objet d'un recours et est entrée en force. Dix mois à peine après ce prononcé, l'assuré dépose, le 26 janvier 2009, une demande de révision de sa rente arguant d'une aggravation de son état de santé. Comme preuve de ses dires, il produit des attestations médicales du Dr V.\_\_\_\_\_ datées des 2 février et 5 mars 2009, ainsi que le rapport d'un scanner lombaire du 24 juillet 2008 établi par le Dr Girod. Or, force est de constater qu'aucune de ces pièces ne permet de conclure à une aggravation de l'état de santé de l'assuré. En effet, dans son attestation, du 2 février 2009, le Dr V.\_\_\_\_\_ ne fait médicalement état d'aucun élément nouveau, se contentant de rapporter une aggravation de l'état de santé, sans aucune motivation. En effet, il écrit : "Je soussigné, Dr V.\_\_\_\_\_, certifie que M. S.\_\_\_\_\_, né le 23.1.1954, présente une aggravation de son état de santé" (OAIE pce 38, p. 1). Quant au rapport de scanner lombaire du 24 juillet 2008, il conclut à l'existence de discopathies dégénératives étagées prédominant à l'étage L4-L5, sans conflit disco-radiculaire, affections déjà constatées par la Dresse U.\_\_\_\_\_. En ce qui concerne le certificat médical du 5 mars 2009, il y a lieu de constater qu'il est fort succinct, ne comporte qu'une suite de diagnostics; et ne remplit ainsi en aucune manière les conditions jurisprudentielles permettant à un tel document d'avoir pleine valeur probante (cf. ATF 125 V 352 consid. 3a et réf. cit). Pour ce motif, il n'a pas lieu d'en tenir compte. A titre superfétatoire, le Tribunal relève, à l'instar du Dr D.\_\_\_\_\_, que cette pièce ne fait que reprendre des éléments décrits dans l'examen clinique de la Dresse U.\_\_\_\_\_ du 22 août 2007 et que les atteintes à la santé sont déjà connues et compatibles avec l'âge du recourant.

**6.2.** Il apparaît ainsi que l'assuré n'a pas rendu plausible une aggravation de son état de santé durant la période examinée. C'est donc à bon droit que l'autorité inférieure n'est pas entrée en matière sur la demande de

révision.

En conséquence, le recours doit être rejeté et la décision du 9 avril 2009 confirmée. Manifestement infondé, il convient de statuer sur le présent litige dans une procédure à juge unique (art. 69 al. 2 LAI et art. 85<sup>bis</sup> al. 3 de la loi sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS, RS 831.10).

**7.**

Les frais de procédure, fixés à Fr. 300.--, sont mis à la charge du recourant (art. 63 al. 1 PA, applicable par le truchement de l'art. 37 LTAF). Ils sont compensés par l'avance de frais de Fr. 300.-- dont il s'est acquitté au cours de l'instruction.

Vu l'issue du litige, il n'est pas alloué de dépens (art. 7 al. 1 *a contrario* du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]) .

**Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :**

**1.**

Le recours est rejeté.

**2.**

Les frais de procédure, par Fr. 300.--, sont mis à la charge du recourant. Ils sont compensés par l'avance de frais du même montant déjà versée.

**3.**

Il n'est pas alloué de dépens.

**4.**

Le présent arrêt est adressé :

au recourant (Recommandé avec avis de réception),

à l'autorité inférieure (n° de réf. 756.3028.3797.16 ; recommandé),

à l'Office fédéral des assurances sociales

L'indication des voies de droit se trouve à la page suivante

Le juge unique :

La greffière :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Margit Martin

**Indication des voies de droit :**

La présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification (art. 82 ss, 90 ss et 100 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral [LTF,

RS 173.110]). Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains du recourant (art. 42 LTF).

Expédition :