

BVGer C-5930/2008 vom 7. Juli 2010

Bundesverwaltungsgericht, 2010-07-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5930_2008

FR: TAF C-5930/2008 du 7 juillet 2010

IT: TAF C-5930/2008 del 7 luglio 2010

Regeste

Assurance-invalidité (divers)

Erwägungen

E. 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 prévues à l'art. 32 LTAF, le Tribunal administratif fédéral, 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'octroi de prestations d'invalidité peuvent être contestées devant le Tribunal administratif fédéral 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-ci est dès lors compétent pour connaître de la présente cause.

E. 1.2

En vertu de l'art. 3 let. dbis 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. 2 LPGA, les dispositions de ladite loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. Or, l'art. 1 al. 1 LAI mentionne que les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

E. 1.3

Selon l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Ces conditions sont remplies en l'espèce.

E. 1.4

Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), le recours est recevable.

E. 2.1

Le requérant est citoyen d'un Etat membre de la Communauté européenne. Par conséquent est applicable, en l'espèce, l'Accord sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999, entré en vigueur le 1er juin 2002, entre la Confédération suisse, d'une part, et la

Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'Annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 80a, de la Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]). Conformément à l'art. 3 al. 1 du Règlement (CEE) N° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971, les personnes qui résident sur le territoire de l'un des Etats membres et auxquelles les dispositions du 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.

E. 2.2

Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, le juge n'ayant pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2). Ainsi, par rapport aux dispositions de la LAI, il s'ensuit que le droit à une rente de l'assurance-invalidité doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2007 et, après le 1er janvier 2008, en fonction des modifications de cette loi consécutives à la 5ème révision de la LAI, étant précisé que, pour le droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse objet du présent litige, l'application de l'ancien droit n'a en l'espèce aucune influence sur le droit aux prestations (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_942/2009 du 15 mars 2010 consid. 3.1). Par conséquent, sauf indication contraire, les dispositions de la LAI citées dans le présent arrêt sont celles en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007.

E. 3.1

L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, 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 d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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).

E. 3.2

L'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. 1 LAI).

E. 3.3

La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non la maladie en tant que telle. Pour évaluer le taux d'invalidité, 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). Le Tribunal fédéral a néanmoins jugé que les données fournies par les médecins

constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1).

E. 4

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 LPGa), l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a). 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 (appréciation anticipée des preuves; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, Zurich 2009, art. 42 n° 19 p. 536 ; ATF 130 II 425 consid. 2.1 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_859/2007 du 16 décembre 2008 consid. 5). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (Sozialversicherungsrecht Rechtsprechung [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28).

E. 5.1

D'une manière générale, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. 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 par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références).

E. 5.2

La jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa; 118 V 290 consid. 1b et les références). Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351

consid. 3b/dd et les références citées).

E. 6

Dans un arrêt du 8 février 2006 (I 336/04), paru aux ATF 132 V 65, le Tribunal fédéral a considéré que la fibromyalgie présente de nombreux points communs avec les troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'il se justifie, sous l'angle juridique, et en l'état actuel des connaissances, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux, lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie. Ainsi, il existe une présomption que cette affection ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté. Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (cf. notamment arrêts du Tribunal fédéral I 216/06 du 28 février 2007 consid. 3 et I 380/03 du 8 juillet 2004 consid. 2).

E. 7

Est litigieux en l'espèce le point de savoir si l'autorité inférieure a agi conformément au droit en supprimant la rente entière d'invalidité du recourant par décision du 2 septembre 2008.

E. 7.1

A titre liminaire, il sied de rappeler que, conformément à un principe général valable en assurances sociales, l'assuré a l'obligation de diminuer le dommage et doit entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité (ATF 130 V 97 consid. 3.2 et références citées ; ATF 115 V 38 consid. 3d). Dans ce contexte, on souligne que ni l'âge, ni la situation

familiale ou économique, un arrêt prolongé de l'activité professionnelle ou même le refus d'exercer une activité médicalement exigible ne constituent un critère relevant pour l'octroi d'une rente d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3). Par ailleurs, selon une jurisprudence constante, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP (ATF 130 V 253 consid. 2.4; arrêt du Tribunal fédéral I 376/05 du 5 août 2005 consid. 3.1). En l'espèce, il n'est de ce fait pas déterminant que les institutions de sécurité sociale françaises aient reconnu à l'assurée un droit à des prestations pour cause d'invalidité (pce TAF 19 p. 5). Il n'y a ainsi pas lieu de se prononcer sur les divergences entre la notion d'invalidité selon la législation française et celle selon l'ordre juridique suisse. Finalement, on note que, selon l'art. 21 al. 4 LPGA, les prestations peuvent réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain. Une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée. Dans la présente affaire, il appert que l'OAI JU n'a jamais émis de mise en demeure conforme à cette disposition. En effet, le seul acte entrant en ligne de compte à cet effet, à savoir la décision du 24 juin 2005, se bornait à citer l'art. 21 al. 4 LPGA et à recommander à l'assuré de débiter le plus tôt possible un traitement psychiatrique adapté. De la sorte, l'administration cantonale n'avait pas fixé un délai suffisamment précis au recourant et surtout n'avait pas communiqué avec la clarté nécessaire qu'il s'agissait non pas d'une simple invitation mais d'une réelle injonction qui, en cas de non observation, conduirait sans autre à la suppression de la rente (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_961/2008 du 30 novembre 2008 consid. 6.2). Par conséquent, quoiqu'en dise l'OAI JU, l'art. 21 al. 4 LPGA ne trouve pas application en l'espèce faute d'une mise en demeure en bonne et due forme.

E. 7.2

Il convient ensuite de déterminer dans quelle mesure les affections dont est victime l'assuré ont évolué depuis l'octroi d'une rente entière par décision du 24 juin 2005 et les conséquences juridiques y relatives.

E. 7.2.1

Selon l'art. 17 LPGA (v. aussi l'ancien art. 41 LAI; arrêt du Tribunal fédéral I 561/05 du 31 mars 2006), 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. La révision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente ou de l'allocation pour impotent, ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité (art. 87 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201). L'art. 88a al. 1 RAI prévoit que, si la capacité de gain de l'assuré s'améliore ou

que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Quant à l'art. 88bis al. 2 let. a RAI, il dispose que la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet, au plus tôt, le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision. Pour examiner si, dans un cas de révision, il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGA, le juge doit prendre généralement en considération l'influence de l'état de santé sur la capacité de gain au moment où a été rendue la décision qui a octroyé ou modifié le droit à la rente, ainsi que l'état de fait existant au moment de la décision attaquée. En matière de révision d'office toutefois, c'est la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente qui constitue le point de départ pour examiner si le degré de l'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.4). En l'occurrence, le recourant a été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 1er février 2003 par décision du 24 juin 2005 et aucune décision examinant matériellement le droit à la rente n'a été rendue jusqu'au prononcé de la décision entreprise. Par conséquent, la question de savoir si le degré d'invalidité a subi une modification doit être jugée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient le 24 juin 2005 (cf. supra let. B) et ceux qui ont existé jusqu'au 2 septembre 2008, date de la décision attaquée.

E. 7.2.2

Il ressort des actes de la cause que, initialement, une rente entière a été allouée au recourant pour des raisons psychiatriques. Ainsi, dans une expertise rhumatologique du 7 mai 2004 (pce 48; cf. supra let. B avec mention des diagnostics retenus), le Dr F. _____ a retenu que le syndrome douloureux chronique et le handicap considérable qui en résultait pour l'assuré n'avaient pas une origine lombaire mais bien plutôt extra-vertébrale et très vraisemblablement psychogène. Pour cette raison, il a suggéré une prise en charge psychothérapeutique de l'assuré et a refusé de se prononcer sur les atteintes psychiatriques de l'intéressé à défaut de connaissances suffisantes en la matière (pce 48 p. 6 ss). Par ailleurs, il a émis l'opinion que l'assuré ne présentait pas de fibromyalgie puisque le syndrome douloureux restait limité à la sphère lombaire (pce 48 p. 6). Pour sa part, la Dresse H. _____, dans une expertise psychiatrique du 5 avril 2005 (pce 97; cf. supra let. B avec mention des diagnostics retenus), a relevé qu'il existait un trouble dépressif sévère, actuellement fortement invalidant dans la vie quotidienne de l'intéressé et évoluant dans un cadre de douleurs chroniques et d'un trouble somatoforme douloureux manifeste (pce 97 p. 8 n° 4; p. 10 3ème paragraphe et p. 11 n° 2.4). Elle a préconisé de soumettre le recourant à un traitement psychiatrique idoine incluant la prise d'antidépresseurs adaptés à ses maux, ce qui était éventuellement susceptible de permettre ultérieurement une reprise du travail de l'assuré (pce 97 p. 10 n° 2.2). C'est principalement sur la base de ces deux expertises que le Dr E. _____, dans un rapport du SMR SR daté du 12 mai 2005 (pce 100), a conseillé à l'administration d'octroyer à l'assuré une rente entière d'invalidité, en précisant que le trouble dépressif majeur récurrent et sévère justifiait l'octroi de prestations et qu'un traitement psychiatrique devait être mis sur pied.

E. 7.2.3.1

En ce qui concerne l'état des faits au moment du prononcé de la décision entreprise, il appert que l'OAI JU a supprimé le droit aux prestations de l'assuré en se fondant essentiellement sur l'expertise psychiatrique du 7 mai 2007, le rapport d'examen clinique rhumatologique du 19 mai 2008 et une prise de position du Dr E. _____ du 26 mai 2008. Dans l'expertise psychiatrique susmentionnée du 7 mai 2007 (pce 139; cf. supra let. C avec mention des diagnostics retenus), le Dr I. _____, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie, et Madame J. _____, psychologue, indiquent qu'ils ne retrouvent plus les critères pour poser le diagnostic d'épisode dépressif sévère retenu en 2005 par la Dresse H. _____ (pce 139 p. 19 ss, p. 31 n° 2.6). En outre, contrairement aux conclusions de l'experte précitée, ils ne retiennent pas le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux persistant présent depuis l'année 2002 mais celui de production de symptômes avec recherche de bénéfices sociaux. Ils justifient ce choix notamment par le fait que l'assuré a menti quant aux médicaments pris, les analyses urinaires démontrant une compliance nulle autant envers la prise d'une médication antalgique que celle d'un antidépresseur (pce 139 p. 18 et 28). Par ailleurs, ils mettent en avant les différences flagrantes entre les plaintes et la clinique (pce 139 p. 25) et le manque de collaboration de l'assuré avec les experts, ce dernier ayant clairement résisté à donner des informations (pce 139 p. 28). Ils concluent que, sur le plan psychiatrique, l'incapacité de travail de l'assuré est passée de 100% à 0% entre 2005 et 2007 (pce 139 p. 32). Dans le rapport du 19 mai 2008 établi suite à un examen clinique rhumatologique de l'assuré au SMR SR en date du 30 avril 2008 (pce 182; cf. également le complément de ce rapport daté du 29 mai 2008 [pce 187]), le Dr M. _____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation, ne retient aucun diagnostic incapacitant sur le plan physique et pose les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de discours algique polymorphe sans substrat organique, de tabagisme chronique et de probable toxicomanie secondaire aux opiacés "iatrogènes". En particulier, il fait part d'un assuré hyperdémonstratif, à la limite caricaturale, et est d'avis que les troubles dégénératifs observés chez ce dernier sont en adéquation avec son âge et ne sauraient être considérés comme significatifs. Retenant que, sur le plan somatique, la situation est restée stationnaire depuis l'octroi de la rente en 2005 et qu'un diagnostic formel de fibromyalgie ne peut être retenu en l'espèce, il atteste que le recourant dispose d'une capacité de travail entière dans sa profession habituelle et dans toute autre profession adaptée. Il signale toutefois une vraisemblable toxico-dépendance aux opiacés induits par le traitement médicamenteux, de même que des effets secondaires y relatifs non négligeables (sommolence, état confusionnel, trouble de la concentration). A cause de cela, il estime qu'une reprise du travail de l'assuré n'apparaît concevable qu'après sevrage de ce traitement qu'il considère par ailleurs comme étant sans effet. Finalement, le Dr E. _____, dans un rapport du SMR SR daté du 26 mai 2008 (pce 183), atteste que la prise par l'assuré de médicaments lourds est parfaitement inutile en l'espèce, étant donné qu'il n'y a pas de substrat organique à ses plaintes, ni maladie physique justifiant un tel traitement.

E. 7.2.3.2

Le recourant estime quant à lui que son état de santé n'a connu aucune amélioration tant au niveau psychique que somatique. Il se base sur la documentation médicale établie par ses médecins traitants.

E. 7.2.4

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale mandatée par le Tribunal ou l'administration, la tâche de l'expert étant précisément

de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (sur la valeur probante des certificats médicaux en général cf. supra consid. 5). Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (arrêts du Tribunal fédéral 9C_459/2009 du 31 mars 2010 consid. 2.2; I 742/04 du 1er juin 2006 consid. 3.2; I 582/05 du 5 octobre 2006 consid. 4.2). Par ailleurs, on relève qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour le seul motif qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur, comme par exemple un médecin au service du SMR. En effet, pour qu'un avis médical puisse être écarté, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_359/2009 du 26 mars 2010 consid. 4.2). En outre, il convient de tenir compte du fait que les médecins du SMR sont tenus de procéder à un examen correct des assurés et qu'ils ne connaissent pas ceux-ci de longue date comme les médecins traitants. Dans ces conditions, on peut en inférer, que, dans la règle, leur évaluation est susceptible d'être plus objective et plus neutre que celle des médecins traitants (arrêt du Tribunal fédéral 8C_242/2010 du 30 avril 2010 consid. 2.2.1).

E. 7.2.5

En l'espèce, l'expertise psychiatrique du 7 mai 2007 est très fouillée, se base sur une anamnèse complète et des examens circonstanciés, dresse un tableau global cohérent et motive dûment ses conclusions. Il sied ainsi de lui reconnaître pleine valeur probante. Il en va de même des rapports des 19 et 29 mai 2008 établis par le Dr M._____, du SMR SR, qui, quoiqu'en dise le recourant, satisfont également à toutes les conditions jurisprudentielles en la matière. En particulier, il ressort de ces documents que l'assuré a été ausculté en détails par le Dr M._____, de sorte que les reproches y relatifs de l'assuré tombent manifestement à faux. En outre, même si la consultation n'avait duré que trois quarts d'heure comme le prétend le recourant, cet élément ne serait, en soi, pas de nature à mettre suffisamment en doute l'évaluation de ce praticien dans la présente affaire (cf. à ce sujet arrêt du Tribunal fédéral 8C_942/2009 du 29 mars 2010 consid. 5.2).

E. 7.2.6

Il reste à examiner si les avis contradictoires versés au dossier sont suffisants pour remettre en cause les conclusions des médecins précités.

E. 7.2.6.1

Sur le plan psychique, on remarque avant toute chose que l'assuré n'a fourni que très peu d'indication quant aux psychiatres consultés. Cela étant, il ressort du dossier qu'il a suivi pour la première fois un traitement psychiatrique de janvier à avril 2006 auprès du Dr N._____, psychiatre (cf. pces 125; 139 p. 4). Les seuls documents médicaux versés aux actes de la cause en rapport avec ce praticien se limitent toutefois à deux ordonnances médicales (pces 114 à droite [date illisible] et pce 122 datée du 3 janvier 2006). Par la suite, il a consulté semble-t-il à une reprise le Dr R._____ (également psychiatre; cf. pce 155

en-tête), au Centre P._____ en février 2007 (pce 139 p. 13; on note qu'aucun certificat médical y relatif n'a été produit), puis, dès le 18 juin 2008, a été pris en charge par le Dr Q._____, psychiatre (pce TAF 1 p. 7). Seules deux ordonnances médicales de ce médecin ont cependant été versées au dossier (pces 197 et TAF 1 p. 13). Ces documents sont donc aucunement de nature à remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expertise psychiatrique du 7 mai 2007. Il en va de même des autres rapports médicaux produits par le recourant qui n'émanent pas de personnes au bénéfice d'une formation particulière en psychiatrie. Ainsi, le Dr K._____, spécialiste en médecine générale, estime que l'état de santé de l'assuré est resté stationnaire avec un syndrome dépressif important et des douleurs pour tous les mouvements entraînant une incapacité de travail totale (rapports succincts des 8 février 2006 [pce 115] et 19 mai 2006 [pces 129-130]). Le Dr L._____, également spécialiste en médecine générale, relève pour sa part que l'assuré présente un syndrome dépressif sévère et des douleurs physiques bien réelles tous deux intriqués et s'autoentretenant l'un et l'autre (cf. notamment rapports des 9 décembre 2005 [pce 113], 25 mai 2007 [pce 148] et 10 juin 2008 [pce 191]). Appelé par l'OAI JU à se déterminer sur l'expertise psychiatrique du 7 mai 2007 (pce 144), il précise que le retentissement émotionnel de l'assuré, de part ses douleurs et la désinsertion socio-professionnelle lente, a pris une importance considérable ce qui pourrait expliquer le caractère discordant de ses propos (rapport du 25 mai 2007 [pce 148]). Dans un rapport du 30 juin 2008 (pce 194), il insiste sur le fait que l'intéressé souffre d'un syndrome dépressif avec idées suicidaires et retient pour la première fois que le patient présente une symptomatologie de fibromyalgie (pce 194; cf. également rapport médical du 12 juillet 2007 établi au Centre O._____ faisant également part d'un syndrome fibromyalgique [pce 161]). Finalement les Drs S._____ et T._____ retiennent le diagnostic de syndrome anxio-dépressif caractérisé nécessitant la prise d'antidépresseurs (rapports médicaux des 2 avril 2007 [pces 150], 31 mai 2007 [pce 155] et 10 octobre 2008 [pce 205]). Cette documentation médicale n'est toutefois en aucun cas suffisante pour jeter un doute sérieux sur les conclusions de l'expertise psychiatrique du 7 mai 2007. D'une part, force est de constater que les médecins précités ne motivent pas suffisamment leurs thèses. En particulier, le Dr L._____ n'a nullement contesté les constatations des Drs I._____ et de Madame J._____ selon lesquelles l'assuré ne prenait pas les médicaments prescrits tant en ce qui concerne les antalgiques et les antidépresseurs et ne livrent aucune explication convaincante en la matière. D'autre part, ils ne sont pas titulaires d'une qualification spécifique en psychiatrie, ce qui affaiblit considérablement la portée de leur estimation par rapport à celle du Dr I._____. En effet, on rappelle que la qualification du médecin joue un rôle déterminant pour juger du bien-fondé d'un avis médical, cela d'autant plus lorsque l'on se trouve en présence d'une maladie psychique (cf. entre autres arrêts du Tribunal fédéral 8C_83/2010 du 22 mars 2010 consid. 3.1; 9C_28/2010 du 12 mars 2010 consid. 4.5). Dans ces conditions, le Tribunal administratif fédéral ne peut que se rallier aux conclusions de l'expertise psychiatrique du 7 mai 2007. Il s'ensuit que notamment le diagnostic de trouble dépressif sévère récurrent qui avait joué un rôle déterminant lors de l'octroi initial de la rente (cf. supra consid. 7.2.2) n'était plus présent lors du prononcé de la décision attaquée. Cet état de fait permet de conclure à une amélioration notable de l'état de santé du recourant, ce qui habilite l'administration et le Tribunal de céans à revoir entièrement l'aspect médical de la présente affaire indépendamment des conclusions médicales émises lors de l'octroi de la rente (sur la jurisprudence constante en la matière cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_88/2010 du 4 mai 2010 consid. 5.3 et les références citées). Compte tenu de ce

qui précède, on peut donc conclure que, du point de vue psychiatrique, la capacité de travail de l'assuré est passée de 0% en 2005 à 100% au moment du prononcé de la décision entreprise.

E. 7.2.6.2

Sur le plan somatique, force est de constater que les avis contradictoires versés au dossier ne sont pas de nature à remettre en cause les estimations des Drs M._____ et Dr E._____ (cf. rapports des 19 mai 2008 [pce 182], 26 mai 2008 [pce 183] et 29 mai 2008 [pce 187]. En effet, les médecins traitants de l'assuré justifient le traitement antalgique lourd prescrit à l'assuré en se fondant en grande partie sur la composante psychogène du cas (cf. notamment le rapport médical du 9 décembre 2005 signé par les Drs L._____ et J.P. Chosson [pce 113], le rapport du 31 mai 2007 signé par le Dr S._____ (pce 155) et les rapports des 10 et 30 juin 2008 établis par le Dr L._____ [pce 191 et 194]). Or, comme indiqué au considérant précédent, il n'y pas lieu de retenir une maladie incapacitante du point de vue psychiatrique, de sorte que le traitement antalgique lié à cette atteinte ne saurait justifier une incapacité de travail du recourant, étant précisé que ce dernier est tenu de faire tout ce qui est en son pouvoir pour réduire le dommage (cf. supra consid. 7.1). Dans ce contexte, on note que les médecins français ont reconnu que le traitement morphinique était inutile et interrompu progressivement ce dernier dès juin 2008 comme l'avaient préconisé les Drs M._____ et E._____ (cf. rapport du Dr L._____ du 30 juin 2008 [pce 194]). Finalement, il convient de relever que les nouveaux documents médicaux produits par l'assuré par courriers des 26 juin 2009 (pce TAF 17), 18 mars 2010 et 10 juin 2010 (pces TAF 19 et 21; cf. supra let. J.) n'apportent aucun élément nouveau permettant de remettre sérieusement en cause l'estimation des Drs M._____ et Dr E._____. En effet, ces rapports font part du diagnostic de spondylarthrite ankylosante (certificats des 16 juin 2009 [pce TAF 17 p. 2 établi par le Dr U._____]; 16 juin 2009 [pce TAF 17 p. 3 établi par le Dr L._____]; 16 mars 2010 [pce 19 p. 2 établi par le Dr V._____] et 17 février 2010 [pce 19 p. 3 établie par le Dr W._____]) et d'une tumeur au poumon (certificats des 2 et 8 avril 2010 [pce TAF 21 p. 2 et 3]). Or, rien ne permet de conclure que ces affections existaient déjà au moment de la décision attaquée, étant précisé que le diagnostic de spondylarthropathie n'avait pas été retenu par les Drs M._____ et Dr E._____ et que la présence de cette affection avait été expressément écartée par le Dr X._____ dans un rapport médical du 18 avril 2008 (pce TAF 1 p. 15). Le Tribunal de céans peut donc conclure qu'il s'agit de nouvelles affections, de sorte qu'elles ne sauraient être déterminantes dans la présente affaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_849/2009 du 18 mai 2010). Tout au plus, il est loisible au recourant de présenter une nouvelle demande de rente, s'il estime que son état de santé s'est notablement détérioré depuis le prononcé de l'acte entrepris. Au vu de tous ces éléments, il convient de conclure que, également du point de vue physique, le recourant a présenté une capacité de travail entière dans la période déterminante.

E. 7.2.6.3

A titre superfétatoire, il sied de relever que, même si l'on devait par hypothèse retenir le diagnostic de fibromyalgie dans la présente affaire, le Tribunal de céans ne pourrait de toute façon pas reconnaître un caractère invalidant à cette maladie au vu de la jurisprudence en la matière (cf. supra consid. 6). En effet, force est de constater qu'une comorbidité psychiatrique ne peut être reconnue en l'espèce pour les raisons exposées ci-dessus. Par ailleurs, il appert que les autres critères permettant exceptionnellement de reconnaître valeur incapacitante à cette atteinte ne se présentent pas avec une intensité suffisante. On

retiendra en particulier qu'il existe une différence manifeste entre les plaintes et la clinique (cf. supra consid. 7.2.6.1, 2ème paragraphe), que le substrat organique responsable des atteintes chroniques est très faible (cf. consid. 7.2.3.1 3ème paragraphe et 7.2.6.2 du présent arrêt) et que le Dr I. _____. dans l'expertise psychiatrique du 7 mai 2007, estime que l'assuré ne présente pas un status cristallisé et un retrait social dans toutes les manifestations de la vie (pce 139 p. 23). Dans ces conditions, une rente ne pourrait être allouée au recourant au motif d'une affection de type fibromyalgique ou en rapport avec un trouble somatoforme.

E. 8

Compte tenu de ce qui précède, il appert que l'autorité inférieure a supprimé à juste titre la rente entière de l'assuré, en se basant sur un dossier suffisamment instruit pour se déterminer sur la capacité de travail résiduelle du recourant. Il s'ensuit que le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

E. 9.1

Vu l'issue de la cause, les frais de procédure, fixés par le Tribunal de céans à Fr. 300.-, sont mis à la charge de la recourante déboutée (art. 69 al. 2 LAI et art. 3 let. b du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). Ce montant est compensé par l'avance de frais du même montant fournie fournie par la recourante.

E. 9.2

Il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA a contrario en relation avec les art. 7 ss FITAF). (dispositif à la page suivante)

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