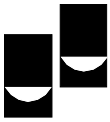
Bundesverwaltungsgericht
Tribunal administratif fédéral
Tribunale amministrativo federale
Tribunal administrativ federal



Cour III
C-5930/2008
{T 0/2}

Arrêt du 7 juillet 2010

Composition

Vito Valenti (président du collège), Madeleine Hirsig et Francesco Parrino, juges,
Yannick Antoniazza-Hafner, greffier.

Parties

A._____,
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

Assurance-invalidité (décision du 2 septembre 2008).

Faits :

A.
Le ressortissant français A._____, né le [...] 1957, a travaillé en Suisse dès 1973 en qualité de polisseur, en dernier lieu dans l'entreprise B._____ où il était affecté au polissage de bracelets de montres (pces 4 p. 1; 5; 48 p. 1; 139 p. 12). Le 4 février 2002, en faisant un effort pour soulever un tronc d'arbre, il se blesse au dos et cesse dès lors d'exercer sa profession pour des raisons de santé (pce 48 p. 2). En date du 31 janvier 2003, il dépose une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité du canton du Jura (ci-après: OAI JU) (pce 4).

B.
Par décision du 24 juin 2005 (pce 111; cf. également pce 106 [motivation]), l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après: OAIE) alloue une rente entière à l'intéressé à partir du 1er février 2003 en lui recommandant de débuter le plus rapidement possible un traitement psychiatrique adapté. Ces actes s'appuyaient notamment sur les documents suivants:

- des rapports médicaux des 25 février 2002 (pce 24), 11 mars 2002 (pce 16), 15 mai 2002 (pce 26), 12 septembre 2002 (pce 15), 20 novembre 2002 (pce 13), 26 décembre 2002 (pce 14), 11 février 2003 (pces 17 et 18), 1er mars 2003 (pces 11 et 12), 23 avril 2003 (pce 20), 4 juin 2003 (pce 30), 22 août 2003 (pce 29) et 1er septembre 2003 (pces 22 et 23);
- un certificat médical du 1er septembre 2003 établi au Centre de réadaptation fonctionnelle C._____ (pce 37); dans ce rapport, le Dr D._____ fait part de lombalgies chroniques, de la présence de points de gâchettes évocateurs d'une fibromyalgie, de troubles du sommeil, de déconditionnement somato-psycho-social avec absence totale d'anticipation sur l'avenir et de l'absence de réflexes ostéotendineux aux membres inférieurs;
- un questionnaire pour l'employeur du 13 octobre 2003 (pce 33), duquel il ressort que l'assuré a été engagé à plein temps du 4 décembre 1986 au 30 juin 2003 dans l'entreprise B._____ et qu'il a cessé de travailler à partir du 4 février 2002 pour des raisons de santé;
- une prise de position du 30 octobre 2003 établie par le service médical de l'administration, dans laquelle le Dr E._____ sollicite

la mise en oeuvre d'une expertise rhumatologique et psychiatrique (pce 38);

- une expertise rhumatologique du 7 mai 2004 effectuée par le Dr F._____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales (pce 48); l'expert retient les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombalgies chroniques aspécifiques sur protrusions discales L4/L5 et L5/S1 non compressives, discrets troubles de la statique vertébrale et comportement douloureux ainsi que d'épaule droite douloureuse sur syndrome d'encastrement et tendinose discrète du sus-épineux; selon lui l'intéressé dispose d'une capacité de travail de 60% au minimum après mise en oeuvre d'une reprise professionnelle effectuée progressivement sur une durée de 3 mois;
- une prise de position du 7 juin 2004 établie par le service médical de l'administration, dans laquelle le Dr E._____ conseille de soumettre l'assuré à des mesures de réadaptation professionnelle; en cas d'échec de celles-ci, il conviendra de mettre en oeuvre la réalisation d'une expertise psychiatrique (pce 52);
- différents rapports en relation avec des mesures de réadaptation professionnelle des 19 juillet 2004 (pce 55), 23 août 2004 (pce 60), 30 août 2004 (pces 78 et 79), 29 septembre 2004 (pce 69), 1er octobre 2004 (pce 68), 25 novembre 2004 (pce 77), 1er décembre 2004 (pce 75) et 16 décembre 2004 (pce 76); il ressort de ces documents que l'assuré a effectué un stage du 30 août au 28 novembre 2004 aux Ateliers de Formation G._____; au terme de ce dernier, l'administration a conclu que des mesures d'ordre professionnelle seraient vouées à l'échec et que la mise sur pied d'une expertise psychiatrique était nécessaire;
- des rapports médicaux des 9 septembre 2004 (pce 74), 24 décembre 2004 (pce 88), 4 janvier 2005 (pce 87), 24 janvier 2005 (pces 101 à 103), 31 janvier 2005 (pces 85 et 86) et 25 février 2005 (pce 90 [prise de position du Service médicale régional Suisse Romande; ci-après: SMR SR]);
- une expertise psychiatrique du 5 avril 2005 signée par la Dresse H._____, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie et en médecine générale (pce 97); retenant les diagnostics psychiatriques de trouble somatoforme sur syndrome douloureux chronique, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) et de stress moyen lié à des problèmes professionnels dès 1980 (S03.3), elle conclut que

l'assuré présente une incapacité de travail de 100% dès février 2002 et qu'il convient de soumettre ce dernier à un traitement psychiatrique incluant la prise d'antidépresseurs de la classe des tricycliques ou tétracycliques;

- une prise de position du SMR SR du 12 mai 2005 (pce 100) dans laquelle le Dr E._____ constate que, selon la Dresse H._____, l'assuré souffre d'un trouble dépressif majeur récurrent et sévère justifiant l'octroi de prestations; il précise que, pour l'instant, il sied d'allouer une rente entière à l'assuré avec mise en demeure afin qu'il suive un traitement auprès d'un psychiatre et de prévoir une procédure de révision après 6 mois de traitement effectif.

C.

Dans le cadre d'une procédure de révision, l'OAI JU verse les pièces suivantes au dossier:

- des rapports médicaux des 10 novembre 2005 (pce 114 à gauche [ordonnance]) et 9 décembre 2005 (pce 113);
- un questionnaire pour la révision de la rente du 14 décembre 2005, dans lequel l'assuré indique qu'il ne travaille pas et que son état de santé s'est aggravé pour cause de dépression (pce 112);
- des rapports médicaux des 3 janvier 2006 (pce 122), 8 février 2006 (pce 115), 20 février 2006 (pce 121), 25 avril 2006 (pce 124 [ordonnance]), 4 mai 2006 (pce 130), 19 mai 2006 (pce 129), 3 juin 2006 (pce 122 [ordonnance], 12 juillet 2006 (pce 132 [prise de position du SMR SR]) et 2 avril 2007 (pce 150);
- une expertise psychiatrique du 7 mai 2007 établie par le Dr I._____., spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie, et Madame J._____, psychologue, suite à un examen de l'assuré en date du 13 mars 2007 (pce 139); mettant notamment en avant les incohérences dans les propos de l'intéressé, ils posent uniquement le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de production de symptômes avec recherche de bénéfices sociaux (Z76.5) et concluent que, sur le plan psychique, l'assuré dispose d'une capacité de travail entière (pce 139 p. 32);
- deux courriers de l'OAI JU adressés aux Drs K._____ et L._____ faisant parvenir à ces derniers l'expertise psychiatrique susmentionnée et leur demandant de prendre position en la matière (pces 143 et 144);
- des rapports médicaux des 25 mai 2007 (pce 148), 31 mai 2007 (pce 155), 25 juin 2007 (pce 152 [prise de position du SMR SR], 28

juin 2007 (pce 154), 12 juillet 2007 (pce 161), 30 octobre 2007 (pce 174), 21 février 2008 (pce 178 [prise de position du SMR SR]), 14 avril 2008 (pce 179 [prise de position du SMR SR]), et 17 avril 2008 (pces 184 et 185 [ordonnances médicales]);

- un examen clinique rhumatologique du 19 mai 2008 établi au SMR SR par le Dr M._____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation, suite à un examen de l'assuré en date du 30 avril 2008 (pce 182); posant les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de discours algique polymorphe sans substrat organique avec mise en évidence de signes de non organicités aussi bien selon Smythe que Waddell, de tabagisme chronique avec COPD, de probable toxicomanie secondaire aux opiacés "iatrogéne", il conclut que, après sevrage (suite à l'arrêt du traitement actuel à base de dérivés morphiniques), l'assuré présente une capacité de travail entière dans son activité habituelle et dans toute activité adaptée;
- une prise de position du 26 mai 2008 signée par le Dr E._____, du SMR SR (pce 183); prenant à son compte les conclusions de l'expertise psychiatrique du 7 mai 2007 et du rapport rhumatologique effectué par le Dr M._____, il conclut que l'assuré ne présente pas de maladie invalidante et que la prise actuelle de médicaments lourds pour soulager les douleurs n'est justifiée par aucun substrat organique, n'a aucun effet et est par conséquent inutile;
- un complément de l'examen clinique rhumatologique du 30 avril 2008 suite à l'envoi par l'assuré de clichés radiographiques (pce 187); dans ce rapport, le Dr M._____ confirme l'absence de pathologie à caractère incapacitant sur le plan somatique et indique qu'il convient d'ajouter le diagnostic de troubles dégénératifs modérés en adéquation avec l'âge de l'assuré.

D.

D.a Par projet de décision du 6 juin 2008 (pce 188), l'OAI JU informe l'assuré que, en application de l'art. 88*a* al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), il entend supprimer sa rente entière d'invalidité. Selon lui, il ressort d'une part de l'expertise psychiatrique du 7 mai 2007 qu'il ne souffre plus du trouble dépressif qui avait été à l'origine de l'octroi de prestations. D'autre part, l'examen clinique rhumatologique du 30 avril 2008 effectué au SMR SR et son complément du 29 mai 2008 ont mis en évidence l'absence d'une maladie somatique. Il conclut qu'il ne peut

ainsi que constater une amélioration de l'état de santé depuis l'allocation initiale de la rente justifiant la suppression des prestations.

D.b En date du 17 juin 2008, l'assuré se rend avec sa femme à l'OAI JU pour faire part de son désaccord quant au projet de décision susmentionné. Faisant valoir que la situation médicale rend impossible toute reprise d'une activité lucrative, il met en doute le bien-fondé de l'examen rhumatologique effectué au SMR SR, étant donné qu'il n'a pas été ausculté et que la consultation a duré à peine trois quarts d'heure. Par ailleurs, sur le plan psychique, il allègue qu'aucune amélioration n'est intervenue en précisant que le suivi psychiatrique a été assuré jusqu'à ce jour par le Dr N._____, au Centre O._____, et que, dès le lendemain, il s'adressera au Dr Q._____. Il signale que la douleur est mentalement insoutenable, raison pour laquelle il séjourne actuellement pour environ 15 jours en établissement hospitalier. En outre, il ne serait pas en mesure de conduire, sa vue étant fortement diminuée (pce 193 [procès-verbal d'audition du 17 juin 2008]). Il verse au dossier une ordonnance médicale du 9 juin 2008 (pce 192) et un rapport médical du 10 juin 2008.

D.c Par courriers datés des 24 juin 2008 (pces 189 et 190; cf. également pce TAF 20), l'OAI JU fait parvenir aux Drs K._____ et L._____ les rapports rhumatologiques établis par le Dr M._____ en leur demandant de prendre position en la matière.

D.d Le dossier est par la suite complété avec une ordonnance médicale et un rapport datés du 30 juin 2008 (pces 192 et 194) ainsi que par une prise de position du 24 juillet 2008 établie au SMR SR par le Dr E._____ (pce 199). Celui-ci ne décèle aucun motif de revenir sur les conclusions antérieures de l'OAI JU.

E.
Par décision du 2 septembre 2008 (pce 202) reprenant la motivation du projet de décision, l'OAIE supprime la rente entière de l'intéressé avec effet au premier jour du deuxième mois suivant la notification de ladite décision.

F.
Par acte du 16 septembre 2008 (pce TAF 1), l'assuré interjette recours auprès du Tribunal administratif fédéral contre la décision précitée. Il allègue que ses médecins traitants n'ont vu aucune amélioration de son état de santé autant du point vue somatique que psychique, si

bien qu'il se trouve toujours sous traitement morphinique (près de 100 milligrammes de morphine par jour) et antidépresseurs. Il est selon lui inconcevable qu'une entreprise soit prête à engager quelqu'un soumis à un traitement aussi lourd. Il joint à son recours un rapport médical du 10 juin 2008 déjà versé au dossier, des rapports médicaux des 13 février 2007, 18 avril 2008 et 11 septembre 2008 ainsi que des ordonnances médicales des 17 avril 2008, 30 juin 2008, 8 juillet 2008 et 9 septembre 2008.

Par courrier du 13 octobre 2008 (pce TAF 3, également envoyé à l'autorité inférieure [cf. pce TAF 5]), le recourant verse au dossier un rapport médical du 10 octobre 2008 déjà versé au dossier et des ordonnances médicales des 3 octobre 2008 (pce TAF 3 p. 4-5) et 10 octobre 2008 (pce TAF 3 p. 6-9).

G.

G.a Invité à se déterminer, l'OAIE, dans son préavis du 30 octobre 2008 (pce TAF 6 p. 1 s.), propose le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée en se référant à une prise de position de l'OAI JU du 24 octobre 2008 (pce TAF 6 p. 3 ss). Dans ce document, l'administration cantonale retient que, selon l'expertise psychiatrique du 7 mai 2007, le trouble dépressif diagnostiqué en 2004-2005 n'est plus présent chez l'assuré. En outre, l'expert ne pose aucun diagnostic psychiatrique ayant des répercussions sur la capacité de travail et signale que le recourant, contrairement à ce qu'il prétend, ne prend pas l'antidépresseur prescrit ni les antalgiques allégués. Dans ce contexte, l'OAI JU rappelle que, lors de l'octroi de la rente, il avait mis en garde l'assuré des conséquences, en vertu de l'art. 21 al. 4 LPGA, de son refus de suivre un traitement antidépresseur adéquat. Sur le plan somatique, il retient que l'examen rhumatologique effectué au SMR SR a révélé que l'assuré disposait d'une capacité de travail complète dans son activité habituelle et dans un travail adapté et que, selon l'avis du Dr E._____, le suivi d'un traitement antalgique lourd s'avérait inutile dans la présente affaire. Sur la base de ces éléments, l'OAI JU conclut que l'état de santé de l'assuré s'est notablement amélioré depuis l'octroi initial de la rente.

G.b Par décision incidente du 14 novembre 2008 (pce TAF 7), le Tribunal de céans invite le recourant, jusqu'au 15 décembre 2008, à répliquer et à verser une avance sur les frais présumés de procédure

de Fr. 300.-. La somme requise est versée le 8 décembre 2008 (pce TAF 9 p. 2) sur le compte du Tribunal.

G.c Par réplique du 21 décembre 2008 (pce TAF 9), la femme du recourant signale que ce dernier a dû être hospitalisé en urgence au Centre O._____ en date du 28 octobre 2008 pour cause de douleurs insupportables; celles-ci ont pu être atténuées uniquement par des perfusions de Kétamine. Elle précise que, suite à cette hospitalisation, le même traitement médical consistant en la prise de morphine et d'antidépresseur a été prescrit à son mari, que celui-ci ne désire plus de contacts avec les gens, qu'il reste des journées entières la tête dans les nuages et qu'il commence à lui faire peur, notamment au vu des mauvaises intentions qui semblent lui passer par la tête (manque d'intérêt; sentiment d'injustice face à d'autres assurés qui bénéficient d'une rente et travaillent quand même; critiques à Dieu de l'avoir mis sur terre; envie de s'adonner à l'alcool). Elle joint à sa réplique un rapport médical du 4 novembre 2008 (pce TAF 9 p. 3), des ordonnances médicales des 4 novembre 2008 (pce TAF 9 p. 8-9), 17 novembre 2008 (pce TAF 9 p. 11), 19 novembre 2008 (pce TAF 9 p. 10) et des bulletins de situation des 4 et 7 novembre 2008 établis au Centre O._____ (pce TAF 9 p. 12 et 13).

H.

H.a Par duplique du 9 février 2009 (pce TAF 12 p. 1-2), l'autorité inférieure réitère ses conclusions antérieures en se basant sur une prise de position de l'OAI JU du 9 février 2009 (pce TAF 12 p. 3). Dans cette dernière, l'administration cantonale retient que le rapport médical du 4 novembre 2008 nouvellement produit n'apporte aucun élément nouveau qui n'aurait pas déjà été pris en compte lors de l'examen rhumatologique du 30 avril 2008 au SMR SR.

H.b Par ordonnance du 18 février 2009 (pce TAF 13), un double de la duplique est envoyé au recourant pour connaissance.

I.

Par courrier du 19 mai 2009 (pce TAF 15), envoyé en copie à l'OAIE, l'assuré fait parvenir au Tribunal de céans un rapport médical du 16 avril 2009 (pce TAF 15 p. 2). Par courrier du 27 juin 2009 (pce TAF 17 envoyé en copie à l'OAIE [cf. pce TAF 18]), il verse au dossier deux rapports médicaux datés du 16 juin 2009 (pce TAF 17 p. 2 et TAF 17 p. 3) ainsi qu'une ordonnance médicale du 23 juin 2009 (pce TAF 17

p. 4). Finalement, par courriers des 18 mars 2010 (pce TAF 19) et 10 juin 2010 (pce TAF 21), il transmet au Tribunal de céans des rapport médicaux des 15 janvier 2010 (pce TAF 19 p. 4), 17 février 2010 (pce TAF 19 p. 3), 16 mars 2010 (pce TAF 19 p. 2), 2 avril 2010 (pce TAF 21 p. 3) et 8 avril 2010 (pce TAF 21 p. 2), des ordonnances médicales des 26 février 2010 (pce TAF 19 p. 6-7) et une attestation de la Maison départementale des personnes handicapées du 30 octobre 2009 (pce TAF 19 p. 5).

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 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.

1.2 En vertu de l'art. 3 let. d^{bis} 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. 1*a* à 26^{bis} et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

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.

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

2.

2.1 Le recourant 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.

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.

3.

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).

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).

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).

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).

5.

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).

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 cons. 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).

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).

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.

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 débuter 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.

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.

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. 88*a* 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.

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.

7.2.3

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 (somnolence, 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.

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.

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).

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).

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.

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.

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 médial 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 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.

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.

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.

9.

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.

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)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.
Le recours est rejeté.

2.
Les frais de procédure, d'un montant de Fr. 300.-, sont mis à la charge du recourant. Ce montant est compensé par l'avance de frais 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.)
- à l'Office fédéral des assurances sociales.

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

Le président du collège : Le greffier :

Vito Valenti Yannick Antoniazza-Hafner

Indication des voies de droit :

Le présent arrêt peut être attaqué 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. 44 ss, 82 ss, 90 ss et 100 de la loi 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 de la partie recourante (voir art. 42 LTF).

Expédition :