

BVGer C-3042/2015 vom 5. September 2017

Bundesverwaltungsgericht, 2017-09-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3042_2015

FR: TAF C-3042/2015 du 5 septembre 2017

IT: TAF C-3042/2015 del 5 settembre 2017

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 1.1

Le Tribunal connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions de l'OAIE concernant l'octroi de rente d'invalidité, sous réserve des exceptions non réalisées en l'espèce (cf. art. 31, 32 et 33 let. d de la loi sur le Tribunal administratif fédéral [LTAF, RS 173.32] et art. 69 al. 1 let. b de la loi sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]).

E. 1.2

La procédure devant le Tribunal en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la loi sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) dans la mesure où la LPGA ou la LAI est applicable (cf. art. 3 let. dbis PA en relation avec les art. 37 LTAF et 1 al. 1 LAI).

E. 1.3

L'intéressée a qualité pour recourir contre la décision du 1er avril 2015 de l'OAIE, étant touché par celle-ci et ayant un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (cf. art. 59 LPGA).

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 et le Tribunal entre en matière sur le fond.

E. 2.1

Le droit matériel applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants ou ayant des conséquences juridiques se sont produits, le juge n'ayant, en principe, pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision attaquée (ATF 140 V 70, consid. 4.2 ; ATF 136 V 24, consid. 4.3 ; ATF 130 V 355, consid. 1.2 ; ATF 129 V 4, consid. 1.2).

E. 2.2

S'agissant du droit international, l'accord entre la Confédération suisse d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681) est entré en vigueur le 1er juin 2002 avec notamment son annexe II réglant la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi au droit européen. Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1er avril 2012 au règlement (CE) n°883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1) ainsi

qu'au règlement (CE) n°987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.11; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_870/2012 du 8 juillet 2012, consid. 2.2). Conformément à l'art. 4 du règlement (CE) n°883/2004, les personnes auxquelles ce règlement s'applique bénéficient en principe des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci. En outre, dans la mesure où l'ALCP et son annexe II ne prévoient pas de disposition contraire, la procédure ainsi que les conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité sont déterminées exclusivement d'après le droit suisse (art. 8 ALPC, ATF 130 V 257, consid. 2.4).

E. 2.3

En l'occurrence, l'intéressée est une ressortissante française résidant dans ce pays, soit dans un Etat membre de l'Union européenne (voir supra, let. A). Ainsi, les dispositions légales de droit suisse en vigueur dans leur teneur au moment de la décision attaquée, soit au 1er avril 2015, sont applicables (y compris les changements législatifs intervenus durant cette période ; cf. ATF 130 V 445, voir aussi arrêt du Tribunal fédéral 8C_870/2012 du 8 juillet 2013 consid. 2.2).

E. 3

En l'espèce, le litige porte sur la suppression d'une rente entière d'invalidité par voie de révision dès le 1er juin 2015.

E. 4.1

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 al. 1 LPGA, 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. Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui (art. 6 LPGA). L'assurance-invalidité suisse couvre ainsi seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, et non la maladie en tant que telle (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé, mais les conséquences économiques de celle-ci, à savoir une incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée.

E. 4.2

La rente d'invalidité est échelonnée selon le degré de l'incapacité de gain. 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. 2 LAI). Les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% sont versées aux ressortissants suisses et aux ressortissants d'un Etat membre de la Communauté européenne s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle sur le sol de l'un d'eux (cf. l'ALCP en dérogation à l'art. 29 al. 4 LAI).

E. 5.1

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, réduite ou supprimée en conséquence (art. 17 al. 1 LPGGA). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Une modification peu importante de l'état de fait peut aussi donner lieu à une révision, dans la mesure où elle justifie le passage à un échelon de rente différent (ATF 133 V 545). Par contre, il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du TF I 8/04 du 12 octobre 2005 consid. 2.1 et les références).

E. 5.2

L'art. 88a al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201) 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. Une suppression de rente avec effet immédiat, soit à la fin du mois où l'amélioration de santé est constatée, ne peut intervenir qu'exceptionnellement en cas d'état de santé durablement stabilisé (voir l'arrêt du Tribunal fédéral I 569/06 du 20 novembre 2006 consid. 3.3; Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, p. 837, n° 3085). L'art. 88bis al. 2 let. a RAI 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. La règle indique les effets temporels de la révision sur le plan du droit à la rente (ATF 135 V 306 consid. 7.2).

E. 5.3

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 LPGGA, il s'agit de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force, reposant sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régissant à l'époque de la décision litigieuse (arrêt du Tribunal fédéral 9C_860/2008 du 19 février 2009 consid. 2.1 ; ATF 133 V 108 consid. 5, en particulier consid. 5.4, ATF 130 V 71 consid. 3.2.3, ATF 130 V 343 consid. 3.5, ATF 125 V 368 consid. 2 et les références). Une simple communication à l'assuré confirmant le droit à la rente peut, le cas échéant, être considérée comme une décision si elle suit une procédure de révision conforme aux exigences exposées par la jurisprudence susmentionnée (arrêts du Tribunal fédéral 8C_747/2011 du 9 février 2012 consid. 4.1, 9C_198/2011 du 11 novembre 2011 consid. 4.2, 9C_771/2009 du 10 septembre 2010 consid. 2.2, 9C_860/2008 du 19 février 2009 consid. 3.1).

E. 5.4

En l'espèce, suite à la décision initiale d'octroi d'une rente entière d'invalidité à la recourante du 29 février 2008 (voir supra, let. C.c), une communication du 4 juillet 2013 maintenant le droit à la rente a été faite à l'intéressée par l'administration (voir supra, let. D.e). Or, il apparaît que ladite communication a été le résultat d'une première procédure de révision de la rente, au cours de laquelle l'autorité inférieure a procédé à un examen de pièces médicales établies postérieurement à la décision du 29 février 2008 (voir supra, let. D.a). Par ailleurs, et sur les recommandations du 2 avril 2013 émises par le Dr M._____, médecin SMR (voir supra, let. D.b), qui estimait qu'il convenait d'approfondir la question des limitations fonctionnelles sur le plan somatique, l'OAIE a jugé nécessaire de requérir un examen approfondi de l'état de santé de la recourante et de sa capacité de travail, sous la forme d'un examen médical dont les conclusions ont ensuite fait l'objet du rapport E 213 de la Dresse N._____ daté du 3 mai 2013 (voir supra, let. D.c). Les médecins SMR se sont ensuite prononcés sur l'ensemble des pièces médicales pour conclure à un état de santé jugé inchangé (avis du 18, 20 et 21 juin 2013 [voir supra, let. D.d]). Il convient donc de considérer la communication du 4 juillet 2013 comme une décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente. Par conséquent, la question de savoir si le degré d'invalidité a subi une modification notable devra être jugée dans la présente affaire en comparant les faits tels qu'ils se présentaient à l'époque de la communication du 4 juillet 2013 et ceux qui ont existé jusqu'au 1er avril 2015, date de la décision litigieuse supprimant la rente.

E. 6.1

Pour pouvoir déterminer la capacité de travail d'un assuré et évaluer son invalidité, l'administration, ou le juge en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêts du Tribunal fédéral 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1 et I 733/06 du 16 juillet 2007 consid. 4.2.1). Le Tribunal fédéral a jugé en effet que les données fournies par les médecins constituaient un élément utile pour déterminer quels travaux pouvaient encore être exigés de l'assuré, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1 ; voir supra consid. 6).

E. 6.2

La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Il lui appartient de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'intéressé compte tenu de ses atteintes à la santé, en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. Lorsqu'il est clair d'emblée que l'exercice d'activités relativement variées est encore exigible de l'assuré, un renvoi général à un marché du travail équilibré, structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifié, est suffisant (arrêt du Tribunal fédéral I 636/06 du 22 septembre 2006 consid. 3.2; Pratique VSI 6/1998 p. 296 consid. 3b).

E. 6.3

Le juge des assurances sociales doit, quant à lui, examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, il doit 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. 6.4

S'agissant plus précisément des rapports des SMR au sens des art. 59 al. 2bis LAI et 49 al. 1 et 3 RAI, ceux-ci ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne mais contiennent les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ils ne posent dès lors pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire. De tels rapports, pour avoir valeur probante, ne peuvent suivre une appréciation sans établir les raisons pour lesquelles des appréciations différentes ne sont pas suivies (cf. arrêt du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; Valterio, op. cit. n° 2920 ss). La valeur probante de ces rapports présuppose que le dossier contienne l'exposé complet de l'état de santé de l'assuré (anamnèse, évolution de l'état de santé et statut actuel) et qu'il se soit agi essentiellement d'apprécier un état de fait médical établi de manière concordante par les médecins (cf. les arrêts du TF 9C_335/2015 du 1er septembre 2015 consid. 3.1, 8C_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2; 8C_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2; cf. également arrêt du TF 9C_462/2014 du 16 septembre 2014 consid. 3.2.2 et les références).

E. 7

Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure administrative (art. 43 al. 1 LPGA), de même que la procédure devant le Tribunal administratif fédéral (art. 37 LTAF) dans le domaine des assurances sociales, l'autorité doit établir d'office les faits déterminants (art. 12 PA ; ATF 110 V 199 consid. 2b, ATF 105 Ib 114 ; Pierre Moor, Droit administratif, vol. II, 3e éd., Berne 2011, ch. 2.2.6.3). Elle administre les preuves nécessaires et les apprécie librement (art. 19 PA en rapport avec l'art. 40 de la loi fédérale de procédure civile fédérale du 4 décembre 1947 [LPC, RS 273]; art. 61 let. c LPGA). Elle peut toutefois considérer qu'un fait est prouvé et renoncer à de plus amples mesures d'instruction lorsqu'au terme d'un examen objectif, elle ne conçoit plus de doutes sérieux sur l'existence de ce fait. Si de tels doutes subsistent, il lui appartient de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération (arrêt du Tribunal fédéral 9C_574/2009 du 5 mars 2010 consid. 5 et les

références). Dans ce contexte, le Tribunal fédéral a précisé que lorsque l'administration devait se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré, elle devait appuyer son évaluation sur des rapports médicaux concluants qui permettaient de confirmer que l'appréciation des preuves avait été faite de manière globale et objective. Ainsi, dans la mesure où de tels documents font défaut ou sont contradictoires, des investigations complémentaires s'avèrent indispensables, faute de quoi il y a lieu de conclure à une violation du principe inquisitoire (arrêts du Tribunal fédéral 8C_672/2010 du 27 septembre 2010 consid. 1.3 et 9C_818/2010 du 5 novembre 2010 consid. 2.2 in fine).

E. 8

Le Tribunal relève en premier lieu que selon les pièces médicales figurant au dossier, les atteintes somatiques de la recourante ainsi que les limitations fonctionnelles en découlant sont restées inchangées depuis la première décision d'octroi de la rente en 2008 (comparer : l'expertise bidisciplinaire du 27 novembre 2007 [voir supra, let. B] avec les avis SMR du 18, 20 et 21 juin 2013 [voir supra, let. D.d], et enfin avec les avis SMR du 12 janvier 2015 [voir supra, let. E.c] et du 31 août 2015 [voir supra, let. F.d]) On peut donc retenir, sur le plan somatique, un degré d'invalidité de 20% dans l'activité habituelle. Il s'agit donc de déterminer si la situation de l'intéressée a connu une évolution s'agissant des atteintes psychiatriques et des limitations fonctionnelles en découlant.

E. 8.1.1

L'expertise bidisciplinaire des Drs E._____ et F._____ datée du 27 novembre 2007, qui avait été entièrement reprise par le Dr G._____, médecin SMR, dans son avis daté du 9 janvier 2008, retenait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec pour limitations fonctionnelles de la tristesse, de l'anhédonie, de la fatigabilité, un sentiment d'inutilité, des troubles de la concentration et de l'attention, une perte de confiance et d'estime, ainsi que des perturbations du sommeil (voir supra, let. B, C.a).

E. 8.1.2

Dans ses avis SMR du 18 juin et du 21 juin 2013, le Dr O._____ a estimé que l'intéressée ne présentait pas de pathologie sur le plan psychiatrique. Il basait ses conclusions sur l'expertise du Dr L._____ datée du 7 février 2013 (voir supra, let. D.a, D.d) ; le Dr L._____ y retenait que l'intéressée était indemne de toute pathologie sur le plan psychiatrique, mais qu'elle présentait toutefois des failles structurales de type borderline (abandonnisme, positionnement en faux self et labilité comportementale très relative) ainsi qu'une certaine dysphorie ; le Dr L._____ indiquait que l'intéressée ne souffrait pas d'un réel état dépressif, et qu'elle ne présentait dès lors pas une incapacité de travail sur le plan psychique. Le Dr O._____ s'est rallié à cet avis, après avoir pourtant souligné que l'expertise était mal structurée et qu'elle ne comprenait pas un paragraphe s'agissant des conclusions objectives. Le médecin SMR a estimé que l'intéressée n'avait jamais été invalide sur le plan psychiatrique. Le Dr O._____ a justifié sa position en relevant que l'état anxio-dépressif important récemment décompensé, tel que retenu dans le rapport du Dr E._____ daté du 2 août 2016 (voir supra, let. B), était mal défini. S'agissant de cet avis SMR, force est pour le Tribunal de constater que celui-ci ne satisfait de toute évidence pas aux critères jurisprudentiels permettant de lui donner une pleine valeur probante (voir supra, consid. 6.4). En effet, et comme il l'avait lui-même relevé à l'époque, le Dr O._____ n'avait pas eu accès à l'expertise bidisciplinaire du 27 novembre 2007 pour rendre son avis, et avait dès lors pris position sur l'état de santé en faisant abstraction de cette dernière ; or

dite expertise était pourtant la pièce médicale centrale figurant au dossier, sur la base de laquelle la rente avait été octroyée par décision du 29 février 2008. Le Tribunal ne saurait dès lors se rallier à cet avis SMR, particulièrement lacunaire, qui ne se basait par ailleurs que sur une expertise psychiatrique, à savoir celle du Dr L. _____ (voir supra, let. D.c, D.d), ne répondant, elle non plus, pas aux critères posés par la jurisprudence. En outre, son avis était notamment contredit par le rapport E 213 de la Dresse N. _____ daté du 3 mai 2013, celui-ci retenant toujours un syndrome dépressif à cette date (voir supra, let. D.c). Enfin, le Dr O. _____ a lui-même retenu, dans l'avis SMR du 21 juin 2013, une incapacité totale de travail dans toute activité, malgré le fait qu'il ait exprimé un avis dissident sur la question des atteintes psychiatriques. Ainsi, et bien que de nouvelles pièces médicales étaient susceptibles de laisser entrevoir une amélioration de l'état de santé de la recourante, aucun document médical ne permettait en revanche de retenir avec certitude que celle-ci ne présentait ni des atteintes, ni des limitations fonctionnelles sur le plan psychique en date du 4 juillet 2013 (date de la communication du maintien du droit à la rente [voir supra, consid. 5.4]).

E. 8.1.3

S'agissant ensuite de l'état de santé prévalant à la date de la décision attaquée, à savoir en date du 1er avril 2015, le Tribunal constate comme suit : après avoir été informée du fait que l'assurée avait repris une activité lucrative, l'autorité inférieure s'en est entièrement remise à l'avis du Dr R. _____, médecin SMR, qui, en date du 12 janvier 2015, a retenu que l'activité d'animatrice était exigible à n'importe quel taux (voir supra let. E.c). Pourtant, le médecin ne faisait que constater l'absence d'un changement de situation sur le plan médical depuis l'année 2013, en soulignant notamment que les limitations fonctionnelles ne s'étaient pas modifiées entre-temps (ce qu'il a lui-même précisé par la suite dans son avis du 31 août 2015 [voir supra, let. F.d]). Dès lors, un éventuel retour à une pleine capacité de travail n'était, à ce moment-là, pas plus établi qu'en 2013. L'autorité inférieure, constatant la reprise, par l'intéressée, d'une activité lucrative, se devait dès lors d'instruire plus en avant la question de l'état de santé psychique de celle-ci en vue de déterminer si l'exercice d'une activité adaptée était exigible (ce qui n'était pas le cas en date du 4 juillet 2013, voir le considérant ci-dessus), ce qu'elle a pourtant omis de faire (voir supra, consid. 6.4, 7).

E. 8.2

Ainsi, force est pour le Tribunal de constater que c'est à tort que l'autorité inférieure a retenu, chez l'intéressée, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée lors de la comparaison des revenus effectuée en date du 5 février 2015 (voir supra, let. E.d), aucune pièce figurant au dossier ne permettant de conclure que la recourante présentait à ce moment une telle capacité. Le Tribunal considère dès lors que la documentation versée au dossier n'est pas suffisante pour porter un jugement valable sur le droit litigieux, et ne permet pas d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'intéressée serait revenue à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

E. 9

Reste encore à examiner si les conditions d'une reconsidération de la rente initiale de la recourante sont réunies, comme le soutient l'autorité inférieure dans sa réponse du 29 septembre 2015 (voir supra, let. F.d). En effet, le Tribunal peut, le cas échéant, confirmer une décision de révision rendue à tort pour le motif substitué que la décision de rente initiale était sans nul doute erronée et que sa rectification revêt une importance notable (ATF 125 V

368 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_11/2008 du 29 avril 2008 consid. 2 ; Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève, Zurich, Bâle 2011, n. m. 3139). Il s'agit dès lors d'examiner si les conditions de reconsidération de la décision du 4 juillet 2013 sont remplies (et non de la décision du 29 février 2008, comme le soutient l'intéressée ; voir supra, consid. 5.4 ; voir aussi l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_46/2009 du 14 août 2009, consid. 3.1 et les références).

E. 9.1

Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. L'objet de la reconsidération est une décision formellement passée en force de chose décidée et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond (ATF 127 V 466 consid. 2c ; Michel Valterio, op. cit., n. m. 3125). En l'espèce, il est constant que la communication du 4 juillet 2013 n'a pas fait l'objet d'un contrôle judiciaire. Selon la jurisprudence, pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3, ATF 119 V 475 consid. 1b/cc). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée des faits résultant de l'appréciation des preuves (ATF 117 V 8 consid. 2c). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération ne devienne un instrument autorisant sans autre un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une décision est sans nul doute erronée lorsqu'elle a été rendue sur la base de normes fausses ou non pertinentes ou que les dispositions pertinentes n'ont pas été appliquées ou l'ont été de manière erronée (ATF 126 V 399 consid. 2b/bb et les références). A l'inverse, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit de l'époque. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (arrêts du Tribunal fédéral U 378/05 du 10 mai 2006 consid. 5.3 et I 375/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2 ; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-3926/2014 du 9 septembre 2015 consid. 15 et C-630/2013 du 14 décembre 2015 consid. 9).

E. 9.2

En l'espèce, le Tribunal de céans ne saurait admettre un motif de reconsidération, la décision du 4 juillet 2013 n'étant pas sans nul doute erronée. Le seul fait que le Dr O. _____ ait, en date du 18 juin 2013, émis une appréciation différente quant aux affections médicales que celle qui avaient été retenues en 2008 ne saurait démontrer que la rente a depuis lors été versée à tort. Et ce d'autant plus que le médecin précité a lui-même retenu, dans son avis SMR final du 21 juin 2013, une incapacité totale de travail. Le Tribunal ne peut donc retenir, sur cette seule base, un motif de reconsidération (voir supra, consid. 10.1.2). Ainsi, les éléments au dossier ne permettent pas de conclure que les conditions de l'octroi d'une rente entière d'invalidité à la recourante n'étaient pas remplies à l'époque et de retenir l'existence d'une irrégularité manifeste.

E. 10.1

Il s'ensuit qu'en l'état, le dossier ne permet pas de se prononcer sur l'invalidité actuelle de la recourante, de sorte qu'il doit être complété. Dans ces circonstances, il se justifie de renvoyer la cause à l'autorité inférieure pour qu'elle procède à des mesures d'instruction complémentaires en application de l'art. 61 al. 1 PA. Le renvoi de la cause à l'OAIE pour nouvelle instruction est indiqué en l'espèce, bien qu'il doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de la célérité de la procédure (cf. art. 29 Cst. ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.1).

E. 10.2

Partant, le recours doit être admis en ce sens que la décision du 1er avril 2015 est annulée et la cause renvoyée à l'autorité inférieure qui rendra une nouvelle décision après avoir complété l'instruction du dossier par toutes les mesures propres à clarifier si la recourante présente toujours des affections psychiatriques invalidantes.

E. 11.1

L'intéressée ayant bénéficié de l'assistance judiciaire totale (voir supra, let. F.c), il n'est pas perçu de frais de procédure, étant du reste précisé qu'aucun de ces frais n'est mis à la charge de l'office intimé (cf. art. 63 al. 2 PA).

E. 11.2

L'art. 64 al. 1 PA et l'art. 7 du règlement concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2) permettent au Tribunal d'allouer à la partie ayant entièrement ou partiellement obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. Les honoraires du représentant sont fixés, selon l'appréciation de l'autorité, en raison de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le représentant a dû y consacrer. En l'espèce, il apparaît équitable d'allouer à la recourante une indemnité à titre de dépens fixée à CHF 2'800.- (frais compris ; cf. art. 9 al. 1 let. c FITAF), à charge de l'OAIE. (dispositif : page suivante)

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