



---

Cour III  
C-4090/2020

## Arrêt du 19 juillet 2022

---

Composition

Caroline Bissegger (présidente du collège),  
David Weiss, Christoph Rohrer, juges,  
Julien Theubet, greffier.

---

Parties

A. \_\_\_\_\_, (Portugal),  
représentée par Maître Yero Diagne,  
Etude Nordmann & Diagne,  
recourante,  
contre

**Office de l'assurance-invalidité  
pour les assurés résidant à l'étranger OAIE,  
autorité inférieure.**

---

Objet

Assurance-invalidité, révision de la rente  
(décision du 30 juin 2020).

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

A.\_\_\_\_\_ (ci-après : la recourante, l'assurée, l'intéressée) – ressortissante portugaise née en 1969 – s'est installée en Suisse en 1980 et y a travaillé en qualité d'aide-infirmière dès 1990. Dans ce contexte, elle a cotisé à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (OAIE pces 2 ss et 133).

**A.a** En novembre 1997, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en relation avec un état de douleurs à la nuque, aux épaules et à la colonne vertébrale apparu en avril 1996 (OAIE pces 2 et 3).

Dans un rapport du 4 janvier 1998, le Dr B.\_\_\_\_\_, généraliste, a diagnostiqué chez elle des cervicalgies chroniques sur troubles dégénératifs (hernie discale médiane C5-C6 et C6-C7), un état dépressif ainsi que des céphalées chroniques, ces atteintes étant à l'origine d'incapacités de travail fluctuant entre 50 et 100 % d'avril 1996 à mars 1997, puis de 50 % dès cette date (OAIE pce 5). Par ailleurs, la Dre C.\_\_\_\_\_, psychiatre, a retenu en octobre 1998 les diagnostics d'état dépressif et trouble somatoforme douloureux chez une personnalité borderline, indiquant que le syndrome douloureux est prépondérant et joue un rôle dans l'évolution dépressive (OAIE pce 10 ; cf. ég. OAIE pces 15 et 34). Un examen neurologique réalisé en mai 2000 s'est révélé sans particularité, ne documentant aucune atteinte neurologique précise ou étiologie objectivable à la base des douleurs diffuses rapportées par l'assurée (OAIE pce 27 ; cf. ég. OAIE pces 21, 30 et 32).

Dans une prise de position du 9 juin 2000, le Dr D.\_\_\_\_\_ a observé à l'examen clinique une marche sans boiterie et un status non-limité au niveau dorsolombaire, des hanches et des membres supérieurs, relevant en revanche une discrète limitation au niveau de la colonne cervicale ainsi que la présence de 18 points de fibromyalgie douloureuse à la palpation. Selon ce spécialiste FMH en maladies rhumatismales, les troubles du rachis n'expliquent pas l'intensité de la symptomatologie douloureuse, ni son extension, ce qui oriente vers le diagnostic de fibromyalgie (OAIE pces 33 et 35).

Mandaté par l'assureur invalidité pour fonctionner comme expert, le Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a rendu son rapport le 23 novembre 2001, reconnaissant à l'assurée une incapacité de travail de l'ordre de 50 % en raison d'un état dépressif de degré léger à moyen, d'un trouble somatoforme indifférencié, d'une personnalité évitante

« décompensée », de cervicalgies chroniques et de difficultés familiales (OAIE pce 48).

De là, l'assureur invalidité a considéré que l'assurée ne présente pas de limitation sur le plan somatique et dispose d'une capacité de travail « réduite à 50% sur le plan psychiatrique dans n'importe quelle activité », ce qui équivaut à une invalidité de 50 %. Par décision du 22 avril 2003 – confirmée par décision sur opposition du 15 décembre 2003 puis par arrêt du Tribunal cantonal vaudois du 2 décembre 2004 –, l'assurée s'est ainsi vue octroyer une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> avril 1997 (OAIE pces 68 et 74).

**A.b** Par communications des 25 juin 2008 (OAIE pce 101), 28 octobre 2011 (OAIE pce 118) et 5 décembre 2014 (OAIE pce 132), l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE, autorité précédente ou inférieure) a maintenu la demi-rente d'invalidité de l'assurée, se référant pour ce faire aux prises de position de ses médecins conseils (OAIE pces 100, 115 et 131), aux rapports médicaux détaillés E213 transmis par les autorités portugaises d'assurances sociales (OAIE pces 91, 109 et 128), ainsi qu'aux avis médicaux fournis par les médecins traitants de l'assurée (OAIE pces 88, 90), dont certains évoquent l'aggravation de l'état de santé de cette dernière, avec l'apparition de tremblements au niveau des doigts (OAIE pce 90), de discopathies C4-C5 et L5-S1 (OAIE pces 88 et 108), de métatarsalgies, paresthésies des mains ainsi que d'une perte de force musculaire au niveau du genou gauche provoquant des chutes fréquentes (OAIE pce 108 ; cf. également OAIE pces 90, 107, 126 et 127).

## **B.**

En octobre 2017, l'OAIE a ouvert une nouvelle procédure de révision de la demi-rente d'invalidité allouée à l'assurée.

Au vu des avis médicaux recueillis dans ce contexte – qui font état d'une aggravation des atteintes de l'assurée (OAIE pces 139 à 141) –, l'office a mis en œuvre une expertise auprès du Centre d'expertise médicale H.\_\_\_\_\_ (ci-après : CEM H.\_\_\_\_\_), soit en particulier auprès des Drs F.\_\_\_\_\_, rhumatologue, et G.\_\_\_\_\_, psychiatre, tous deux accompagnés d'une spécialiste en neuropsychologie (OAIE pces 146 et 172 ss). Cela étant, après avoir procédé aux examens neuropsychologiques le 27 mars 2019, puis aux examens psychiatrique et rhumatologique le lendemain, les experts ont retenu les diagnostics d'épisode dépressif moyen (CIM-10 F32.1), d'atteinte psychosomatique de type fibromyalgie (CIM-10

M79.0), d'atteinte de type cervicalgie chronique (CIM-10 M54.22), d'atteinte de type lombalgie chronique (CIM-10 M54.56) ainsi que d'atteinte de type asthénie (CIM-10 R53.2). Selon les spécialistes consultés, l'assurée ne présente aucune capacité de travail sur le plan rhumatologique. Au plan psychiatrique en revanche, la capacité de travail n'a pas évolué depuis la dernière révision et reste compatible avec l'exercice d'une activité à 50 % (OAIE pce 192 ; cf, également complément d'expertise du 10 janvier 2022, OAIE pce 207).

Dans une évaluation du 17 mars 2020, le service médical de l'OAIE a observé que l'expertise mise en œuvre auprès des Drs F. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_ n'a pas mis en lumière d'aggravation de l'état de santé de l'assurée, mais constitue – par rapport à l'expertise réalisée en 2001 – une appréciation différente d'un état de santé resté inchangé (OAIE pce 210). De là, après avoir communiqué son projet de décision en date du 20 mars 2020 (OAIE pce 211), l'OAIE a maintenu le droit de l'assurée à une demi-rente par décision du 30 juin 2020 (OAIE pce 217).

### **C.**

L'assurée interjette recours contre la décision de l'OAIE du 30 juin 2020, dont elle requiert l'annulation, concluant principalement à ce qu'une rente entière d'invalidité lui soit allouée dès le 1<sup>er</sup> décembre 2017 et, subsidiairement, à ce que la cause soit renvoyée à l'autorité précédente pour nouvelle décision (TAF pce 1).

De son côté, l'OAIE conclut au rejet du recours (TAF pce 7).

L'échange d'écritures a été clôturé après que les parties ont persisté dans leur position respective (TAF pces 9ss).

### **Droit :**

#### **1.**

**1.1** La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est en principe régie par la PA (art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions particulières de la LPGA (RS 830.1 ; art. 3 let. d<sup>bis</sup> PA). Selon les principes généraux du droit intertemporel, les règles de procédure s'appliquent dans leur version en vigueur ce jour (ATF 130 V 1 consid. 3.2).

**1.2** Le Tribunal administratif fédéral examine d'office et avec une pleine cognition sa compétence et les conditions de recevabilité des recours qui lui sont soumis (art. 7 PA ; ATAF 2016/15 consid. 1 ; 2014/4 consid. 1.2).

Aussi est-il compétent pour connaître du présent recours (art. 31, 32 et 33 let. d LTAF ; art. 69 al. 1 let. b LAI [RS 831.20]). Dans la mesure où la recourante est directement touchée par la décision du 30 juin 2020 et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, elle a qualité pour recourir (art. 59 LPGA et 48 al. 1 PA). Pour le surplus, déposé en temps utile, dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA) et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 64 al. 3 PA), le recours est recevable.

## **2.**

Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (MOOR/POLTIER, op. cit., ch. 2.2.6.5 ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2e éd. 2015, p. 243). Il se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a; 121 V 204 consid. 6c).

## **3.**

Sur le plan formel, la recourante se plaint d'une violation de son droit d'être entendue pour défaut de motivation de la décision attaquée, en tant que celle-ci n'aborderait pas plusieurs arguments soulevés en procédure administrative et ayant trait en particulier à la détermination de sa capacité de travail.

**3.1** La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu consacré par l'art. 29 al. 2 Cst. l'obligation pour l'autorité de motiver ses décisions, afin que l'administré puisse les comprendre et les contester à bon escient. Pour satisfaire à cette exigence, il suffit que l'autorité mentionne au moins brièvement les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision. Elle n'a pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais elle peut au contraire se limiter à ceux qui, sans arbitraire, lui paraissent pertinents (parmi plusieurs: ATF 143 III 65 consid. 5.2; 142 II 154 consid. 4.2; 134 I 83 consid. 4.1). Savoir si la motivation présentée est convaincante est une question distincte de celle du droit à une décision motivée. Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2.1 et les références).

**3.2** En l'occurrence, la motivation de la décision attaquée permet de comprendre parfaitement les éléments ayant guidé l'autorité pour trancher le droit aux prestations litigieuses et nier toute aggravation de l'état de santé de l'assurée en dépit des conclusions de l'expertise du CEM H.\_\_\_\_\_. On ne saurait dès lors reprocher à l'OAIE d'avoir violé le droit d'être entendue de la recourante. En réalité, en tant que l'intéressée se plaint de ce que la documentation médicale versée en cause n'a pas suffisamment été examinée, son grief se confond avec celui d'établissement erroné des faits et sera examiné ci-après sous cet angle.

#### **4.**

Le litige porte sur le maintien, par voie de révision (art. 17 al. 1 LPGA), de la demi-rente d'invalidité allouée à l'assurée depuis le 1<sup>er</sup> avril 1997. Plus particulièrement, il s'agit de déterminer l'évolution de l'état de santé de cette dernière depuis l'octroi initial de la rente d'invalidité et son incidence sur sa capacité de travail jusqu'au moment de la décision litigieuse du 30 juin 2020.

#### **5.**

Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI et la LPGA, notamment, ont été modifiés avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2022 (RO 2021 705; FF 2017 2535). Compte tenu cependant du principe de droit intertemporel prescrivant l'application des dispositions légales qui étaient en vigueur lorsque les faits juridiquement déterminants ou ayant des conséquences juridiques se sont produits (à cet égard, cf. notamment ATF 144 V 210 consid. 4.3. 1 et les références), le droit applicable en l'espèce demeure celui qui était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, dans la mesure où la décision administrative litigieuse a été rendue avant cette date (TF 9C\_457/2021 du 13 avril 2022 consid. 4. 1). Les dispositions visées seront citées ci-après, sauf mention contraire, dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

Vu par ailleurs les éléments d'extranéités ressortant du dossier, est applicable l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681) ainsi que ses annexes et règlements (en particulier : règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1, et n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11). Néanmoins, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 et annexe VII du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; TF 9C\_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

**5.1** Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins (let. c) ; en sus, l'assuré doit compter au moins trois années de cotisations lors de la survenance de l'invalidité (art. 36 al. 1 LAI). La rente est échelonnée comme suit selon le taux d'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

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 (art. 17 al. 1 LPGGA). Pour autant qu'il ressorte clairement du dossier, tout changement important des circonstances propre à influencer le taux d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision (entre autres, TF 8C\_291/2021 du 12 octobre 2021 consid. 3 ; cf. également TF 9C\_195/2017 du 27 novembre 2017, consid. 4.3.2 ; I 111/07 du 17 décembre 2007, consid. 3 et les références). En revanche, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle pas une révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGGA (ATF 144 I 103 consid. 2.1; 141 V 9 consid. 2.3 et les références). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant 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 régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5).

**5.2** On entend par invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGGA et art. 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGGA, 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 (al.

1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). Suivant l'art. 16 LPGA, le taux d'invalidité s'évalue en comparant le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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 (dans ce contexte, cf. ATF 139 V 592 consid. 2.2 ; 129 V 222 consid. 4.3.1 ; cf. également TF 9C\_260/2013 du 9 août 2013 consid. 4.2).

**5.2.1** Pour fixer le taux d'invalidité, l'administration – ou le juge s'il y a recours – a besoin de documents que le médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. 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. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore, raisonnablement, être exigés de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 p. 99 ; 125 V 256 consid. 4 p. 261 et les arrêts cités).

En particulier, pour être retenues à la base d'une perte de gain, les atteintes à la santé psychique – auxquelles le syndrome de fibromyalgie est associé (notamment TF 9C\_808/2019 du 18 août 2020 consid. 5) – supposent la présence d'un diagnostic de spécialiste s'appuyant, selon les règles de l'art, sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1, 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Les experts doivent motiver leurs diagnostics et décrire l'incidence de ceux-ci sur la capacité de travail de l'intéressé de telle manière que les organes chargés de l'application du droit (soit l'administration ou le juge en cas de litige) soient en mesure d'apprécier définitivement cette capacité (ATF 140 V 193 consid. 3.2) à l'aune des indicateurs développés dans l'ATF 141 V 281 (ATF 145 V 361 consid. 4.3). Selon cette jurisprudence, la capacité de travail réellement exigible des personnes souffrant d'atteintes psychiques doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler en tenant compte d'un catalogue d'indicateurs qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique doit mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic présuppose un certain degré de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fournissent également des conclusions sur les conséquences de l'affection

psychosomatique. Il convient également de bien intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Jouent également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes (ATF 141 V 281, précisé notamment par les ATF 143 V 409 et 143 V 418).

**5.2.2** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. L'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu. Le juge doit ainsi examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux 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 soient dûment motivées. En matière de révision, il revient en outre au médecin d'expliquer en quoi l'état de santé de l'assuré s'est modifié par rapport à une situation initiale et en quoi cette modification déploie des effets sur la capacité de travail. Faute d'aborder expressément ces aspects, un rapport médical ne se rapportera pas suffisamment à l'objet de la preuve et sera en principe écarté (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1 et les références ; TF 9C\_4718/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2).

L'appréciation des preuves est libre en ce sens qu'elle n'obéit pas à des règles légales prescrivant à quelles conditions l'autorité devrait admettre que la preuve a abouti et quelle valeur probante elle devrait reconnaître aux différents moyens de preuve les uns par rapport aux autres. Cela étant, si elle n'a jamais entendu créer une hiérarchie rigide entre les différents moyens de preuve disponibles, la jurisprudence a néanmoins établi des directives sur l'appréciation de certaines formes de rapports ou d'expertises médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b ; cf. également TF 9C\_55/2016

du 14 juillet 2016 consid. 3). Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impérieux (« zwingende Gründe ») des conclusions d'une expertise judiciaire, 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 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/aa ; 118 la 144). Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, il appartient partant à la partie recourante, si elle entend remettre en cause l'évaluation d'un expert, de faire état d'éléments objectivement vérifiables ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions ou en établir le caractère objectivement incomplet (TF 9C\_809/2014 du 7 juillet 2015 consid. 4.1). Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire 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 (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

Nonobstant ce qui précède, l'évaluation de l'incapacité de travail fournie lege artis par l'expert-psychiatre est soumise au libre examen de l'autorité chargée d'appliquer le droit, qui pourra s'en écarter en présence de raisons valables (« triftigen Gründen » ; ATF 148 V 49 consid. 6). Tel est le cas lorsque l'hypothèse médico-psychiatrique d'une incapacité de travail n'est finalement pas assez sûre et convaincante en termes de résultat et au regard de la charge matérielle de la preuve (« entscheidenden Gesichtswinkel ») que supporte l'assuré en vertu de l'art. 8 LPGa. Singulièrement, l'autorité doit vérifier si et dans quelle mesure les experts médicaux ont motivé de manière suffisante et compréhensible leur évaluation de l'incapacité de travail en tenant compte des indicateurs déterminants (thèmes de la preuve). A cet égard, il est décisif pour les spécialistes consultés de faire le lien avec la partie de l'expertise médico-psychiatrique qui précède (ie avec l'extrait du dossier, l'anamnèse, les résultats, les diagnostics, etc.), c'est-à-dire de se référer en détail aux résultats médico-psychiatriques recueillis dans le cadre d'un examen clinique et de l'exploration professionnelle relevant de leur compétence. Aussi le médecin doit-il exposer de manière circonstanciée les raisons médico-psychiatriques pour lesquelles les résultats obtenus sont susceptibles de réduire les capacités fonctionnelles et les ressources psychiques de l'assuré sur les plans qualitatif, quantitatif et temporel (ATF 143 V 418 consid. 6). En d'autres termes, il ne suffit pas

que l'expert psychiatre conclue à une incapacité de travail en référence uniquement au diagnostic retenu ; il doit bien plus démontrer et développer ses conclusions en relation avec ses constatations et en tenant compte de toutes les particularités du cas d'espèce. Si l'expert s'acquitte de cette tâche de manière convaincante et en tenant compte des indicateurs standards développés dans l'ATF 141 V 281, l'évaluation médico-psychiatrique des conséquences sera également valable pour l'autorité d'application du droit. Dans le cas contraire, il existe une raison valable qui impose juridiquement de s'en écarter (cf. sur l'ensemble : ATF 148 V 49 consid. 6.2 et 145 V 361 consid. 4.3).

**5.3** La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, l'autorité définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). Ce faisant, elle ne tient pour existants que les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2; 139 V 176 consid. 5.3; 138 V 218 consid. 6). Partant de là, l'autorité ne peut renoncer à accomplir des actes d'instruction que si elle est convaincue, au terme d'une appréciation consciencieuse des preuves (ATF 125 V 351 consid. 3a), que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves cf. ATF 131 I 153 consid. 3; 130 II 425 consid. 2).

## **6.**

Dans le cas d'espèce, pour retenir que l'état de santé de l'assurée ne s'est pas modifié de manière à influencer le droit aux prestations, l'autorité précédente s'est principalement référée à l'expertise réalisée par les Drs F.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_ ainsi qu'à son complément. Aux yeux de l'OAIE, les diagnostics psychiatriques posés par les experts sont en effet identiques à ceux retenus à la base de la décision initiale de rente. Par ailleurs, s'ils reconnaissent à l'assurée une incapacité de travail totale en raison des atteintes rhumatologiques, les experts – et en particulier le Dr F.\_\_\_\_\_ – ne mentionnent aucun élément objectif appuyant cette conclusion, basant leur évaluation exclusivement « sur les plaintes subjectives de l'assurée » ainsi que sur ses douleurs, qui sont seules mentionnées

pour justifier l'aggravation de l'état de santé retenue au plan médical. Or, les plaintes de l'assurée apparaissent superposables à celles manifestées à l'époque de la décision de rente, de sorte que l'on se trouve bel et bien en présence d'une évaluation différente d'un état de santé resté inchangé. De telles circonstances ne sauraient par conséquent emporter motif de révision, et ce quand bien même les experts reconnaissent une pleine incapacité de travail à l'assurée. S'écartant ainsi de l'évaluation de la capacité de travail fournie par les Drs F. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_, l'OAIE confirme-t-elle le droit de l'assurée à une demi-rente d'invalidité.

**6.1** Dans son recours, l'assurée se plaint d'une constatation inexacte et incomplète des faits pertinents, reprochant à l'autorité précédente de s'être écartée, sans motif justifié, des conclusions des experts. Aux yeux de l'assurée, les Drs F. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_ ont en effet appuyé leur appréciation sur des constatations cliniques objectives et sur les critères diagnostics caractéristiques, qui viennent confirmer l'aggravation – au cours des dernières années – de la symptomatologie douloureuse de l'assurée, de ses troubles de la mémoire ainsi que de ses atteintes psychiques. Dans ces conditions, il est inexact pour l'autorité précédente de retenir « qu'il n'existerait aucune limitation fonctionnelle objective ou que seules des douleurs subjectives [justifieraient] l'aggravation de l'état de santé » retenue par les experts. Ainsi, si la rente initiale était fondée principalement « sur des raisons psychiques et non somatiques, [c'est] aujourd'hui le diagnostic de fibromyalgie qui a pris le dessus et [impacte] davantage [l'assurée] ». Toujours selon l'assurée, les conclusions de l'expertise du CEM H. \_\_\_\_\_ sont d'ailleurs corroborées par celles des médecins consultés dans le cadre de la procédure de révision initiée en 2014.

**6.2** En l'occurrence, pour reconnaître le droit à une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> avril 1997, l'assureur-invalidité s'est fondé en premier lieu sur le rapport d'expertise du 23 novembre 2001 au terme duquel le Dr E. \_\_\_\_\_ a reconnu à l'assurée une capacité de travail de 50 % dans toute activité en raison « d'un état dépressif de degré léger à moyen chronique, associé à un trouble somatoforme de degré léger, chez une personnalité évitante décompensée ».

Pour parvenir à cette conclusion, ce spécialiste en psychiatrie a observé que l'intéressée se plaint au premier plan de maux de tête, décrits comme insupportables et survenant deux à trois fois par semaine à n'importe quel moment de la journée, accompagnés de nausées et de douleurs oculaires. A ces céphalées s'ajoutent des douleurs dans la nuque – fréquentes et intenses –, les épaules, les omoplates, le dos, les coudes – avec irradiation

jusque dans les mains –, ainsi que les genoux et les hanches. Au titre de plaintes subjectives, l'expert a noté également une intense fatigue, des étourdissements, une humeur instable ainsi que des troubles de la concentration et de l'attention à l'origine d'une impression de perte de mémoire. Au quotidien, l'assurée – qui affirme « ne pas pouvoir faire grand-chose à la maison » – se lève vers 7 heures et, si elle va bien, sort « marcher un peu » pour rentrer rapidement se coucher en raison des douleurs et vertiges ; ses nuits sont ponctuées de réveils parfois fréquents provoqués par les douleurs.

Au-delà du tableau algique – qui constitue « l'essentiel des doléances » –, l'expert a observé à l'examen clinique que l'assurée peut rester assise sans difficulté, se déplacer sans boiterie à vitesse normale et se mouvoir de façon spontanée sans « aucune limitation fonctionnelle objectivable ». De même, l'examen n'a fourni aucun argument en faveur de troubles de l'attention ou de la mémoire, la thymie n'étant par ailleurs pas qualifiée d'excessivement triste et reste compatible avec une vie familiale investie positivement. Outre certaines discordances évoquant une tendance à la majoration volontaire des symptômes, les tests psychométriques et de personnalité ont mis en évidence une sensibilité extrême aux moindres manifestations psychiques ou physiques, ainsi que des traits névrotiques où dominent l'anxiété et les plaintes somatiques.

À dire d'expert, la symptomatologie de l'assurée est « insuffisante pour rentrer dans le cadre d'un trouble de somatisation, dont la présentation est beaucoup plus bruyante ». En revanche, il y a lieu de retenir le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié, qui correspond « au diagnostic de fibromyalgie chez le médecin somaticien ». Qualifiée de légère « au vu des limitations fonctionnelles objectives », la sévérité de ce trouble reste difficile à évaluer, car il s'agit de se « fier essentiellement à ce que rapporte l'assurée ». Cela étant, il existe dans les faits « une discordance manifeste entre l'affirmation d'une impotence fonctionnelle majeure et sa traduction clinique objective, somme toute modeste, le fonctionnement hors professionnel étant en grande partie conservé ». Aussi la consommation médicale reste-elle faible au regard des plaintes annoncées. Cela étant, en raison d'un handicap subjectif plus qu'objectif à l'origine de limitations en rapport avec une diminution du rendement, une anxiété flottante, une constitution fragile de base ainsi qu'une asthénie et une fatigabilité accrue consécutives à l'état dépressif, le Dr E. \_\_\_\_\_ a reconnu à l'assurée une capacité résiduelle de travail oscillant entre 50 et 60 % dans toute activité.

**6.3** Pour se prononcer ensuite sur l'existence d'une modification du taux d'invalidité dans le cadre de la procédure de révision ouverte en octobre 2017, l'autorité a mis en œuvre principalement une expertise bidisciplinaire auprès du CEM H.\_\_\_\_\_.

Il en ressort au plan rhumatologique que l'assurée se plaint d'un état extrême de fatigue, d'une sensation de perte de force ainsi que de douleurs au rachis irradiant aux membres supérieurs. Les muscles des membres inférieurs sont également douloureux, l'assurée décrivant par ailleurs « une sensation de pression dans la tête » ainsi que des troubles mnésiques et de l'attention ; lors de crises – qui sont accompagnées de vertiges ainsi que de dyspnée de la marche –, elle reste parfois un mois sans sortir de chez elle. A l'anamnèse, l'expert observe que la vie sociale de l'assurée s'est progressivement restreinte en raison de ses pathologies, qui affectent son autonomie. Cela étant, l'intéressée reste largement soutenue par son mari et ses enfants, qui l'assistent dans les tâches quotidiennes. Ne relevant pas d'incohérence dans la description de la maladie par l'assurée, l'expert a observé chez celle-ci une marche très difficile, une expression de fatigue ainsi qu'une difficulté à rester plus de 15 minutes dans une même position. Vu les douleurs, les vertiges ainsi que l'incapacité de l'intéressée à maintenir certaines positions, l'examen clinique n'a pas pu être intégralement réalisé. D'importantes limitations des quatre membres, des tremblements diffus ainsi que des vertiges ont néanmoins été constatés au status neurologique, 18/18 points fibromyalgies douloureux et des douleurs s'étendant sur l'ensemble du corps étant par ailleurs notés au status ostéoarticulaire. En présence d'examens radiologiques et biologiques « normaux ou subnormaux » n'expliquant pas l'ensemble du tableau clinique et en l'absence de « signes cliniques objectifs et extérieurs visibles » de la maladie, le rhumatologue retient comme atteinte principale une fibromyalgie, « fortement aggravée par [un] syndrome dépressif qui est au 1<sup>er</sup> plan dans le tableau clinique ». Aussi les troubles douloureux liés à la fibromyalgie ne sont pas contrôlés et s'aggravent malgré un traitement médicamenteux et non-médicamenteux réalisés selon les règles de l'art. Le jour de l'expertise, le syndrome est qualifié d'extrêmement évolué, avec une asthénie, un état douloureux diffus, des troubles de l'attention et une impossibilité à maintenir une position prolongée. Jugée fortement plausible, cette atteinte impacte équitablement tous les domaines de la vie de l'assurée et l'empêche en particulier d'exercer une quelconque activité professionnelle, les performances de l'assurée étant « extrêmement réduites du fait [du] cortège douloureux l'empêchant de rester dans une même position plus de quelques minutes » et entraînant une fatigabilité musculaire et psycholo-

gique. A dire d'expert, « cette capacité de travail a progressivement diminué au fil du temps avec l'exacerbation de la symptomatologie douloureuse », qui s'est aggravée vraisemblablement depuis 2014 comme en attestent les rapports médicaux portugais, la situation clinique continuant à se détériorer.

Au plan psychique et neuropsychologique ensuite, l'expert du CEM H. \_\_\_\_\_ – soit le Dr G. \_\_\_\_\_ – a relevé lors de l'entretien avec l'assurée que celle-ci avait éprouvé la veille des troubles du sommeil ayant duré plusieurs heures et qu'elle était confrontée « actuellement » à une crise de douleurs ; interpellée à propos de l'aggravation de son état de santé, l'assurée l'a située « en lien exclusivement avec les difficultés de mémoire, car les crises de douleurs n'ont pas changé ». Cela étant, l'expert a principalement noté au titre de symptômes de la lignée dépressive une humeur dépressive avec crises de tristesse, une diminution de l'intérêt et du plaisir, des troubles alimentaires, un état de fatigue constant à l'origine d'un ralentissement psychomoteur, un sentiment de culpabilité excessive, des difficultés à penser et à prendre des décisions, des problèmes de mémoire, un pessimisme global ainsi que des idées suicidaires. Au quotidien, l'assurée – selon son état – aide son mari et ses enfants dans l'entretien du foyer. N'observant pas d'incohérence mais certaines exagérations par l'assurée de ses symptômes, l'expert retient comme diagnostic incapacitant un épisode dépressif moyen (CIM-10 F32.1), caractérisé par une tristesse perçue de manière très forte lorsque présente, des troubles du sommeil largement influencés par les douleurs, ainsi que – depuis deux ans – des troubles de la mémoire jugés « plausibles » en dépit de tests neuropsychologiques non concluants. Selon le Dr G. \_\_\_\_\_, « la dépression et le trouble somatoforme interagissent, mais la dépression n'explique pas suffisamment les symptômes à elle toute seule ». La douleur est à l'origine d'une souffrance cliniquement significative et d'une altération du fonctionnement social et professionnel ; elle peut être partiellement rapportée à l'épisode dépressif, mais s'explique essentiellement par la fibromyalgie. Malgré ses atteintes, l'assurée garde des compétences sociales ainsi qu'une capacité partielle à gérer son ménage. Elle est soutenue et entourée par son entourage familial et a maintenu certaines activités dans ce contexte ; ses plaintes ont « le même impact sur tous les domaines de sa vie, l'empêchant de travailler, mais aussi d'avoir des projets plus importants et dépassant le quotidien ». Sous l'angle des ressources, l'expert retient que l'assurée présente des capacités, mais une volonté limitée, semblant avoir « baissé les bras depuis plusieurs années » ; les difficultés ne sont actuellement pas prépondérantes, l'intéressée ayant semble-t-il « organisé son environnement et ne se plaint pas d'une déliquescence de celui-ci ».

Présentant des limitations partiellement d'ordre cognitif – qui correspondent aux troubles de la mémoire –, l'assurée « est surtout limitée par son absence de volonté et son acceptation de la situation actuelle ». Dans ces conditions, l'expert exclut toute évolution majeure de la gravité de la dépression, observant que l'aggravation cognitive dont se plaint l'assurée ne saurait être retenue en l'absence de tests neuropsychologiques concluants à cet égard et qui mettent plutôt en évidence une majoration par l'assurée de ses symptômes. Ainsi, la capacité de travail de l'assurée n'a pas évolué depuis la dernière révision, restant compatible avec l'exercice d'une activité exercée à 50 %.

**6.4** Cela étant, il faut bien constater que l'état de santé de l'assurée retenu à la base de la décision initiale de rente ne se distingue pas sensiblement de celui documenté par l'expertise du CEM H.\_\_\_\_\_. A bien comprendre les Drs F.\_\_\_\_\_, et G.\_\_\_\_\_, la capacité de travail de cette dernière est en effet limitée essentiellement par une fibromyalgie et un état dépressif moyen qui, en interaction, provoquent un important état douloureux et de fatigue à l'origine notamment de ralentissements psychomoteurs. Or, la situation de l'intéressée était largement similaire lors de son examen en novembre 2001 par le Dr E.\_\_\_\_\_, qui lui reconnaissait, outre l'état dépressif, un trouble somatoforme indifférencié correspondant « au diagnostic de fibromyalgie chez le médecin somaticien ». Aussi, à l'instar des spécialistes du CEM H.\_\_\_\_\_, le premier expert observait chez l'assurée une symptomatologie incapacitante englobant au premier plan des douleurs diffuses et une grande fatigabilité.

Comme l'exprime la recourante, il est vrai que les experts du CEM H.\_\_\_\_\_ retiennent une péjoration de sa capacité de travail en raison principalement de l'aggravation du status rhumatologique. Singulièrement, le Dr F.\_\_\_\_\_ explique que les troubles douloureux liés à la fibromyalgie ont continué depuis 2014 à s'aggraver malgré un traitement adéquat, si bien que l'assurée n'est aujourd'hui plus en mesure de reprendre une quelconque activité en raison de cette atteinte. Aussi les constatations cliniques de ce médecin apparaissent-elles moins favorables qu'en 2001. En particulier, les douleurs éprouvées par l'assurée ont rendu impossible la réalisation de certaines parties de l'examen, lors duquel des boiteries ainsi que la nécessité pour l'assurée de se repositionner en raison de douleurs ont effectivement été observées. Or, tel n'était pas le cas lors de la première expertise, où le Dr E.\_\_\_\_\_ relayait « une discordance manifeste entre l'affirmation d'une impotence fonctionnelle majeure et sa traduction clinique objective, somme toute modeste ». Par ailleurs, alors que le fonctionnement hors professionnel semblait « en grande partie conservé » en 2001,

le Dr F.\_\_\_\_\_ fait état chez l'assurée de performances « extrêmement réduites du fait [du] cortège douloureux » entraînant une fatigabilité musculaire et psychologique. Plus globalement, lorsque le syndrome douloureux était initialement qualifié de sévérité légère « au vu des limitations fonctionnelles objectives », il a été jugé extrêmement évolué par le Dr F.\_\_\_\_\_ en raison des symptômes observés le jour de l'expertise.

Contrairement à ce que soutient l'intéressée, ces circonstances ne permettent toutefois pas encore d'établir, au degré de preuve requis, l'existence d'une aggravation de la symptomatologie douloureuse. En effet, en tant qu'ils admettent une péjoration des troubles liés au syndrome de fibromyalgie, les experts ne corrélaient pas leurs constatations à des observations médicales concluantes et ne motivent pas leurs conclusions à la lumière des indicateurs développés par la jurisprudence (sur la preuve des douleurs, cf. entre autres TF 8C\_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 4.4 et les références ; cf. également ATF 143 V418 consid. 6 et 409 consid. 4, 142 V 106 consid. 3 et 127 V 294). En particulier, si les experts du CEM H.\_\_\_\_\_ retiennent que cette atteinte est extrêmement évoluée, ils ne précisent pas de façon circonstanciée en quoi ses répercussions fonctionnelles sont aujourd'hui plus importantes qu'elles ne l'étaient à l'époque, où 18 points de fibromyalgie étaient déjà observés par le Dr D.\_\_\_\_\_ et où l'assurée exprimait déjà « ne pas pouvoir faire grand-chose à la maison ». A l'inverse, pour conclure que la fibromyalgie dont souffre l'assurée s'est aggravée au cours des dernières années, le Dr F.\_\_\_\_\_ s'est essentiellement référé aux signes douloureux manifestés lors de l'examen clinique ainsi qu'aux « rapports [médicaux] portugais », qui font état dès 2014 d'une incapacité de travail totale. Or, il s'agit là de résultats non-objectivables relevant de l'appréciation de l'examinateur, quoiqu'en dise la recourante (à cet égard, cf. ATF 148 V49 consid. 6.3.1 et TF 8C\_580/2021 du 20 avril 2022 consid. 3.4). Qui plus est, le tableau clinique relayé par le Dr F.\_\_\_\_\_ semble être l'expression non pas d'un état stationnaire, mais bien d'une « crise » à laquelle était confrontée l'assurée lors de l'expertise, comme cela ressort des explications fournies par le Dr G.\_\_\_\_\_. Cela étant, lorsque l'on se fie aux indicateurs de la catégorie « degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3), on constate que la situation de l'assurée n'a pas fondamentalement évoluée depuis 2001, le contexte social dans lequel elle évolue et sa personnalité étant en particulier restés inchangés ; de même, et comme cela a été dit plus haut, les atteintes à la santé sont restées largement identiques, les experts ne précisant pas de manière suffisamment convaincante en quoi les éléments pertinents pour le diagnostic de fibromyalgie seraient ce jour plus prononcés qu'au moment de la décision initiale de rente. D'ailleurs, lors de l'examen psychiatrique,

la recourante a nié que ses « crises de douleurs » aient évoluées au cours des dernières années, seules les troubles de la mémoire – dont le caractère incapacitant n'est pas retenu par les experts – s'étant à ses yeux aggravés.

Dans ces conditions, l'incapacité de travail totale retenue au plan rhumatologique par les spécialistes du CEM H. \_\_\_\_\_ n'apparaît pas suffisamment sûre pour se voir reconnaître une portée juridique, et ce quand bien même l'expertise aurait été effectuée *lege artis*. Par rapport à la situation ayant prévalu en 2003, l'évaluation des experts s'apparente bien plutôt à une appréciation différente d'un état de santé resté pour l'essentiel inchangé. Pour le surplus, on ne voit pas que d'autres motifs de révision ressortent clairement du dossier. Contrairement à l'avis soutenu par l'assurée, rien en particulier n'indique que le trouble dépressif et ceux de la mémoire – à supposer qu'ils soient établis à suffisance – aient évolué de manière à avoir une quelconque répercussion sur la capacité de travail, ce que le Dr G. \_\_\_\_\_ exclut d'ailleurs précisément (dans ce contexte, cf. ATF 143 V 124) ; aussi ne saurait-on raisonnablement retenir que les autres pièces médicales versées en cause – à l'image des rapports fournis par les médecins consultés au Portugal – permettent d'établir à elles seules une aggravation de l'état de santé de la recourante, qui ne le soutient au demeurant pas.

**6.5** En définitive, le dossier ne met pas en évidence de circonstances impliquant de réviser le droit à la rente. En tant qu'elle maintient le droit de l'assurée à une demi-rente d'invalidité, la décision attaquée n'apparaît ainsi pas critiquable et doit être confirmée, le recours étant rejeté en tous points.

## 7.

La recourante, qui succombe, doit s'acquitter des frais de justice fixés, compte tenu de la charge liée à la procédure, à Fr. 800.- (art. 63 al. 1 PA ; voir également art. 69 al. 1bis et 2 LAI). Ils sont compensés par l'avance de frais du même montant dont elle s'est acquittée dans le cadre de la présente procédure.

En outre, dans la mesure où la partie recourante, qui a mandaté un représentant pour la défense de ses intérêts, est déboutée, elle n'a pas droit aux dépens (art. 8 et 9 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). En vertu de l'art. 7 al. 3 FITAF, l'autorité inférieure n'a pas non plus droit aux dépens.

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

**1.**

Le recours est rejeté.

**2.**

Les frais de procédure de Fr. 800.- sont mis à la charge de la recourante et sont compensés par l'avance de frais d'un même montant versée en cours de procédure.

**3.**

Il n'est pas alloué de dépens.

**4.**

Le présent arrêt est adressé à la recourante, à l'autorité inférieure et à l'Office fédéral des assurances sociales (ci-après : OFAS).

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

La présidente du collège :

Le greffier :

Caroline Bissegger

Julien Theubet

**Indication des voies de droit :**

La présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification (art. 82 ss, 90 ss et 100 LTF). Ce délai est réputé observé si les mémoires sont remis au plus tard le dernier jour du délai, soit au Tribunal fédéral soit, à l'attention de ce dernier, à La Poste Suisse ou à une représentation diplomatique ou consulaire suisse (art. 48 al. 1 LTF). 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 (art. 42 LTF).

Expédition :