

# **BVGer C-3777/2007 vom 4. August 2010**

Bundesverwaltungsgericht, 2010-08-04, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-3777\\_2007](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3777_2007)

FR: TAF C-3777/2007 du 4 août 2010

IT: TAF C-3777/2007 del 4 agosto 2010

## **Regeste**

Assurance-invalidité (divers)

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Sous réserve des exceptions - non réalisées en l'espèce - prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), celui-ci, 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 l'espèce, la décision attaquée est indubitablement une décision au sens de l'art. 5 PA et le Tribunal administratif fédéral est compétent pour en connaître (cf. 33 let. d LTAF; art. 69 al. 1 let. b LAI). En vertu de l'art. 3 let. dbis PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Conformément à l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA. En l'espèce, le recours a été interjeté dans le délai prévu par la loi (cf. art. 60 LPGA et art. 52 PA). La recourante est particulièrement touchée par la décision attaquée et a un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (art. 59 LPGA cf. art. 48 al. 1 let. b et c PA;); elle a partant qualité pour recourir.

### **E. 2**

La recourante est citoyenne d'un Etat membre de la Communauté européenne. Par conséquent est applicable, en l'espèce, l'ALCP, dont l'Annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 80a LAI). Conformément à l'art. 3 al. 1 du Règlement CEE n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971, les personnes qui résident sur le territoire de l'un des Etats membres et auxquelles les dispositions du règlement sont applicables, sont soumises aux obligations et sont admises au bénéfice de la législation de tout Etat membre dans les mêmes conditions que les ressortissants de celui-ci, sous réserve de dispositions particulières contenues dans ledit règlement.

### **E. 3**

La recourante peut invoquer la violation du droit fédéral (qui englobe notamment les droits constitutionnels des citoyens [ATF 124 II 517 consid. 1 p. 519; 123 II 385 consid. 3 p. 388]), y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation, de même que la constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents et que l'inopportunité (cf. art. 49 PA).

### **E. 4**

En vertu de la maxime inquisitoire, le Tribunal doit constater les faits pertinents et ordonner et apprécier d'office les preuves nécessaires (cf. art. 12 PA); il applique le droit d'office. Les parties doivent cependant collaborer à l'établissement des faits (art. 13 PA) et motiver leur recours (art. 52 PA). En conséquence, le Tribunal 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 (cf. ATF 119 V 347 consid. 1a).

## **E. 5**

La LPGA ainsi que l'ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales (OPGA, RS 830.11) sont entrées en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Selon l'art. 2 LPGA (ce également dans sa teneur en vigueur à partir du 1er janvier 2008), les dispositions de la LPGA 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 prévoit que les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'AI (art. 1a à 26bis et 28 à 70) à moins que la LAI ne déroge expressément à la LPGA; dite disposition n'est toutefois entrée en vigueur que le 1er janvier 2004 (4ème révision de l'AI). Cela étant, les principes dégagés par la jurisprudence quant aux notions d'incapacité de gain et d'invalidité ont conservé leur validité sous l'empire de la LPGA (ATF 130 V 343). S'agissant du droit matériel applicable, il convient de préciser encore que pour la période antérieure au 1er janvier 2004, l'éventuel droit à la prestation requise doit être examiné ici au regard de l'ancien droit uniquement (cf. ATF 130 V 445; ATF 130 V 329; cf. également infra consid. 6 et 7), et qu'à partir de dite date, la présente procédure est régie par la teneur de la LAI modifiée par la novelle du 21 mars 2003 (4ème révision), eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 consid. 1.2). Les modifications introduites par la novelle du 6 octobre 2006 (5ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2008, ne concernent ainsi pas cette procédure. L'on rappellera pour le surplus que selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 116 V 246 consid. 1a et les arrêts cités).

### **E. 6.1**

Les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit aux mesures de réadaptation nécessaires, parmi lesquelles figurent l'octroi de moyens auxiliaires (cf. art. 8 al. 1 et al. 3 let. d LAI). Le cas d'assurance (l'invalidité) survient lorsque l'atteinte à la santé rend objectivement nécessaire pour la première fois le moyen auxiliaire entrant en considération; ce moment ne dépend ainsi ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, ni ne correspond nécessairement au moment où l'assuré apprend pour la première fois que son atteinte peut ouvrir droit à l'obtention de moyens auxiliaires; il ne doit pas non plus forcément coïncider avec celui auquel le besoin de traitement est apparu pour la première fois - il peut ainsi intervenir ultérieurement à celui-ci (cf. ATF 108 V 61; 126 V 9; art. 4 al. 2 LAI). Le droit aux mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité suisse est indissociable de la possession de la qualité d'assuré à dite assurance (cf. art. 8 al. 1 LAI; cf. A. Leu, *Sozialversicherungsrechtliche Ansprüche von ausländischen Personen*, in *Swisslex*, 2009, p. 5; Message; ATF 132 V 244 consid. 6.3.2). Le législateur a clairement entendu maintenir cette clause d'assurance pour l'octroi de mesures de réadaptation - alors que la clause

d'assurance était abandonnée pour l'octroi d'une rente, par exemple -, ne prévoyant une exception, à certaines conditions, qu'en faveur des personnes âgées de 20 ans au plus (cf. art. 22quater al. 2 RAI dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2003). Le droit aux mesures de réadaptation naît ainsi au plus tôt au moment de l'assujettissement à l'assurance obligatoire ou facultative et s'éteint au plus tard à la fin de cet assujettissement (cf. art. 22quater al. 1 RAI). Les mesures de réadaptation sont appliquées en Suisse; elles peuvent l'être exceptionnellement aussi à l'étranger (art. 9 al. 1 LAI).

### **E. 7.1**

La recourante soutient d'abord que son besoin de la prestation recherchée est né avant la décision lui octroyant une rente, soit à un moment où elle était encore assurée auprès de l'assurance invalidité suisse.

### **E. 7.2**

Le Tribunal constate cependant que la demande d'aménagement de l'appartement a été faite au plus tôt en mars 2007, soit à un moment où il est constant que l'intéressée n'était plus assurée au sens de la LAVS (ici, manifestement seule l'hypothèse de l'art. 1a al. 1 let. b LAVS était pertinente) à laquelle renvoie l'AI. Dès lors que l'intéressée a fait valoir pour la première fois son droit alors qu'elle n'était plus assurée et que précisément ce droit s'éteint en tout état de cause dès la fin de l'affiliation à l'assurance (art. 22quater al. 1 RAI), l'on peut se demander quelle incidence cette circonstance a ici (éventuelle déchéance au regard de la législation interne suisse du droit même de faire valoir et d'obtenir une mesure de réadaptation quand bien même le cas d'invalidité [nécessité objective de la mesure pour la première fois]) serait intervenu alors qu'elle était encore assurée). Ce point n'a cependant pas à être examiné plus avant ici, au vu de ce qui suit.

### **E. 7.3**

S'agissant du moment auquel l'atteinte à la santé a rendu objectivement nécessaire pour la première fois le moyen auxiliaire entrant en considération, soit l'aménagement de l'appartement demandé, le Tribunal retient ceci: La recourante fait d'abord valoir, en substance, que son besoin d'un fauteuil roulant, et donc d'aménagement de sa demeure à l'usage de celui-ci, existe sans interruption depuis le début 2001 ou à tout le moins depuis une date antérieure à celle du 11 décembre 2002 (décision d'octroi d'une rente AI). Elle ajoute que pendant toute la durée de l'examen de son cas par l'autorité AI - et jusqu'à la décision précitée (cf. décompte individuel produit d'office) -, son employeur a continué de payer toutes les charges sociales, y compris celles pour l'AI. Il semble qu'elle cherche à déduire de ces deux éléments ainsi que de la jurisprudence qu'elle cite en page 17 de sa réplique (ATF 126 V 9 consid. 2b et les réf.; ATF 108 V 63, consid. 2b et les réf.) que jusqu'à l'octroi de la rente AI, elle était assurée auprès de l'assurance-invalidité suisse et que celle-ci aurait dû par conséquent prendre en charge la transformation de son appartement demandée ultérieurement dès lors que son besoin est né avant la décision d'octroi d'une rente AI entière.

### **E. 7.4**

Pour le Tribunal de céans, le besoin dès janvier 2001 ou en tous les cas avant le 11 décembre 2002 d'une transformation de l'appartement imposée par la nécessité d'utiliser un siège roulant n'est ni établi ni même rendu vraisemblable. Ainsi que le souligne la recourante elle-même, l'atteinte dont elle souffre est évolutive. Sa découverte (pose du diagnostic) et le commencement du traitement ne coïncident donc pas forcément avec la

survenance de l'invalidité rendant nécessaire la transformation de l'appartement demandée - étant ajouté à cet égard que le seul recours à un fauteuil roulant de façon occasionnelle au début, par exemple pour éviter de trop longs déplacements à pied à l'extérieur, n'implique pas d'office les modifications de logement demandées. Il convient de tenir compte de la progression de l'atteinte (survenance de poussées) chez l'intéressée, objectivement. Pour être une maladie grave, la sclérose en plaques n'implique pas pour autant forcément l'usage d'un fauteuil roulant, encore moins dès la survenance de l'atteinte et de telle sorte qu'un logement doive immédiatement être adapté à l'emploi à l'intérieur d'un fauteuil roulant. Dans sa demande de prestations du 26 février 2002 (pce 1) qu'elle a remplie et signée, à la rubrique « Quelles prestations demandez-vous? », l'intéressée n'a pas coché la case « Moyens auxiliaires (prothèses, fauteuil roulant, etc.). Si oui, lesquels? Fournisseur désiré»; elle n'a requis que l'octroi d'une rente. S'agissant de son atteinte, ni au chiffre 7, ni au chiffre 8 dans lequel elle avait la possibilité de faire des remarques complémentaires relatives à celle-ci (cf. ch. 7) elle n'a fait la moindre mention d'une incapacité à se déplacer ou à demeurer debout, par exemple, ni d'un usage obligatoire d'un fauteuil roulant et d'un appartement devant être adapté à dit emploi de ce moyen auxiliaire. Le rapport du médecin-conseil de son assurance perte de gain, du 26 juin 2001 (pce 7), ne contient pas non plus de telles indications. Dans son courrier du 8 février 2002 (pce 7), le Dr P. \_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant de l'intéressée indique au médecin de l'assurance perte de gain la stabilisation de l'état de santé de sa patiente, un changement de traitement néanmoins prévu, et l'impossibilité de déterminer si son affection aura des séquelles définitives pour son avenir professionnel; le praticien précise que ce n'est pas la nature de l'emploi, mais le simple fait de travailler qui n'est pas envisageable; l'on ne peut qu'espérer actuellement que son état de santé s'améliore. A aucun moment dans ce courrier l'usage (impératif ou simplement souhaitable parce que plus confortable, par exemple) d'un fauteuil roulant n'est mentionné. Le Dr P. \_\_\_\_\_ a rempli un rapport médical pour l'AI le 31 mai 2002 (pce 13) aux fins d'apprécier le droit à la rente; l'octroi de prestations sous forme de moyens auxiliaires n'y est pas requis. Le diagnostic de sclérose en plaques avec évolution progressive est posé. L'état de santé est jugé s'aggravant (cf. let. C.); la capacité de travail ne peut être améliorée par des mesures médicales; l'assurée n'a pas besoin de l'aide d'un tiers pour accomplir les actes ordinaires de la vie; le médecin ne se prononce pas sur la nécessité ou non de mesures professionnelles ou de moyens auxiliaires. Le traitement a débuté en février 2001. Au chapitre des capacités fonctionnelles en cas d'activité professionnelle », le Dr P. \_\_\_\_\_ indique notamment une impossibilité (totale) de demeurer en position assise - ce qui est pourtant nécessaire lorsqu'on use d'un fauteuil roulant -, la possibilité de demeurer debout quelques minutes (mais pas une heure entière), un périmètre de marche maximal de 20 m; une limitation de 40% dans l'usage du bras droit. Un reclassement professionnel est dès lors impossible et l'invalidité totale. Dans les données médicales, le médecin relève notamment ce qui suit. En février 1999, un syndrome pyramidal des membres inférieurs a été mis en évidence, mais sans déficit moteur; le traitement de corticostéroïdes instauré fit disparaître la symptomatologie. En mars 2000, l'intéressée présenta des problèmes de sensibilité sur le membre inférieur droit; s'il n'y avait pas de déficit évident, il existait par contre des dysesthésies, voire des hyperpathies; à nouveau, le traitement entrepris amena la disparition des signes et l'absence de séquelle neurologique. Début 2001, la patiente présenta une boiterie à la jambe droite très semblable à celle de février 1999; elle ne peut à nouveau « totalement orienter sa jambe »; la symptomatologie est faible en début de journée, maximale en fin de journée, la patiente étant alors très fatiguée. En février 2001, le

traitement contre la sclérose « Rebif » débute, à la dose 3 x 22 ug s.c.. La patiente continue d'avoir une démarche difficile et se plaint d'une grande fatigue. Le 28 mars 2002, nouvelle poussée au membre inférieur droit (déficit moteur de l'extension du pied droit associé à une diminution de la sensibilité vibratoire des deux membres inférieurs); le reste de l'examen clinique est superposable au précédent; la patiente reçut « donc » des perfusions corticoïdes pendant trois jours. Le dosage de Rebif est augmenté à 3x 44 ug s.c. le 20 mai 2002. Au titre des plaintes subjectives, il est mentionné, d'abord, une asthénie, ensuite des douleurs dans les membres inférieurs, des difficultés à marcher; à celui des constatations objectives, un signe de Babinski bilatéral, une hypopalesthésie et des réflexes très vifs ce qui amène le docteur à retenir un syndrome pyramidal des membres inférieurs entraînant un trouble de la marche. Dans son rapport pour l'AI du 10 juillet 2002 (pce 14), postérieur à celui précité, le Dr C. \_\_\_\_\_, PD, spécialiste FMH en neurologie, retient, en substance, un état de santé stationnaire; pour lui, des mesures auxiliaires sont possibles (cf. p. 2 du rapport, ch. C4: case relative à la nécessité de moyens auxiliaires cochée, mais avec l'adjonction, entre parenthèses, de l'adjectif possible); l'intéressée n'a pas besoin actuellement de l'aide d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie. Dans son rapport du 12 juillet 2002, il indique en particulier que l'intéressée a connu une nouvelle poussée en mai 2002; que les plaintes subjectives rejoignent celles objectives caractérisées essentiellement par une faiblesse du membre inférieur droit, un syndrome cérébelleux statique et dans une moyenne mesure cinétique et des troubles de la sensibilité des membres inférieurs à prédominance actuellement droite; son score d'invalidité est de 4; le périmètre de marche est limité à une dizaine de minutes sans repos. « Surtout, l'élément de fatigabilité, qui rend toute activité professionnelle illusoire. »; il peut dès lors être renoncé à une appréciation des capacités professionnelles (cf. pce 14 « Rapport médical concernant les capacités professionnelles »). Dans le questionnaire pour la révision de la rente qu'elle remplit le 11 juillet 2005 (pce 33), l'intéressée explique que son état de santé s'est aggravé en avril 2005 suite à une poussée sur le nerf optique et que cette modification se traduit par le fait qu'elle voit moins bien, que son périmètre de marche s'amointrit et qu'elle fatigue plus vite. Dans son rapport médical intermédiaire du 30 août 2008 (pce 36), le Dr C. \_\_\_\_\_ constate aussi une aggravation de l'état de santé, sans changement dans les diagnostics. Selon l'IRM du 15 avril 2005, il n'y pas de modification s'agissant de la moelle (épine); pour le cerveau, l'examen a montré plusieurs lésions inflammatoires; le médecin en conclut que la maladie présente toujours une forme active malgré le traitement; il précise qu'il y a une bonne concordance entre les plaintes de l'intéressée et son examen clinique, et qu'il n'y a pas de reprise de travail envisageable également à long terme; l'incapacité à 100% reste malheureusement d'actualité.

### **E. 7.5**

Il ressort de tout ce qui précède que d'un point de vue médical, objectivement, si l'existence d'une certaine atteinte au niveau des membres inférieurs, surtout celui droit, n'est pas contestée, pour autant aucun élément n'établit ni même ne rend vraisemblable qu'au début 2001 ou au plus tard avant le 11 décembre 2002 l'état de santé de l'intéressée nécessitait le recours à un siège roulant, qui plus est dans une mesure telle que son appartement (cuisine, pas de porte et salle de bains) - dans lequel elle a aménagé à la mi-septembre 2002, cf. pce 17 - devait impérativement y être adapté. Pour le Tribunal, il ne fait pourtant pas de doute que si un tel usage d'un fauteuil roulant s'imposait alors, les médecins P. \_\_\_\_\_ et C. \_\_\_\_\_ n'auraient pas manqué d'en faire état de quelque façon que ce soit. Or tel ne fut pas le cas. Le premier docteur s'est alors borné à mentionner un syndrome pyramidal des

membres inférieurs entraînant un trouble de la marche et, sur le plan des capacités professionnelles, l'impossibilité de demeurer assis - ce qui poserait naturellement des problèmes si l'usage d'un fauteuil roulant avait été impératif, ce qui n'était précisément pas -, la capacité de ne demeurer debout que quelques minutes, une perte d'utilisation de 40 % dans le bras droit et un périmètre de marche limité à 20 m. Quant au second, il retenait un score d'invalidité de 4; ce degré sur l'échelle EDSS (Expanded Disability Status Scale; le 10ème degré est le plus grave) utilisée en neurologie en rapport avec la sclérose en plaque indique des limitations fonctionnelles légères à modérées, des troubles de la marche: la personne est pleinement indépendante, debout 12 heures par jour en dépit d'un handicap relativement sévère, et est capable de marcher 500 mètres sans aide et sans repos - soit une marche de 10 minutes environ, telle que mentionnée par le Dr C.\_\_\_\_\_. Une aide unilatérale (cane, canne anglaise, béquille) constante ou intermittente, nécessaire pour parcourir environ 100 mètres avec ou sans repos intermédiaire sera requise avec le degré 6; une aide permanente et bilatérale (cannes, cannes anglaises, béquilles) nécessaire pour marcher 20 m. sans s'arrêter interviendra avec le degré 6.5. Avec un degré 7, la personne ne peut marcher plus de 5 m. même avec une aide telle que susmentionnée; elle est essentiellement confinée dans son fauteuil roulant, qu'elle fait cependant avancer elle-même et dont elle effectue le transferts seule; elle s'y trouve environ douze heures par jour. Avec un degré de 7.5, la personne est incapable de faire plus que quelques pas; elle est confinée au fauteuil roulant; elle a parfois besoin d'une aide pour le transfert de celui-ci; elle le fera avancer toute seule mais peut avoir besoin d'un fauteuil électrique pour une journée entière d'activités. Contrairement à ce que soutient la recourante dans sa réplique (p. 7 et 18), les rapports des docteurs P.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant, et C.\_\_\_\_\_, spécialiste, sont bien contradictoires dans la mesure où le périmètre de marche apprécié par le premier correspond à un degré 6 sur l'échelle EDSS, et le second à un degré 4. Etant rappelé que 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 353 consid. 3b/cc et les réf. cit.; Ulrich Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Zurich 1997, p. 230), le Tribunal se fondera sur l'analyse ultérieure du second spécialiste. Il sied d'ailleurs de relever, en tout état de cause, que même pour le Dr P.\_\_\_\_\_, selon son avis de mai 2002, il est manifeste que l'intéressée n'avait pas alors besoin d'un fauteuil roulant (intervenant avec un degré de 7), mais au plus d'une aide unilatérale intermittente ou constante sous forme d'une béquille ou d'une canne, aide dont il convient au demeurant de relever qu'elle n'est mentionnée dans aucune pièce au dossier - seul le chiffre 17 de la réplique fait mention, sans l'établir, d'une aide bilatérale permanente (qui correspondrait à un degré 6.5); le Dr C.\_\_\_\_\_ évoqua uniquement la possibilité de l'octroi de moyens auxiliaires, dont font précisément partie une béquille ou une canne (cf. pce 14). L'on remarquera au surplus que l'intéressée elle-même ne requit d'ailleurs jamais de l'AI un siège roulant, alors même que la possibilité de son octroi figurait expressément dans le formulaire de demande qu'elle remplit fin février 2002. Dans son certificat du 5 décembre 2005 établi à la demande de l'intéressée, le Dr P.\_\_\_\_\_ indique certes que depuis le début 2001, le périmètre de marche limité de sa patiente « nécessite un fauteuil roulant et empêche la conduite sur véhicule non aménagé. » Cet élément ne peut cependant faire pièce à ce qui précède. Le Tribunal relève en particulier que cette appréciation, demandée par l'intéressée ultérieurement au cours de la procédure relative à l'octroi de moyens auxiliaires, ne ressort absolument pas des propres indications

figurant dans l'avis du 31 mai 2002 de ce même docteur - qui ne mentionnait en particulier par la nécessité d'un fauteuil roulant -, que, ainsi que dit, il convient en cas de doute de s'écarter de l'avis d'un médecin traitant, et que cette opinion est manifestement contredite par le fait que l'intéressée n'a requis un système d'aide à la conduite que fin mars 2006 (pce 65), sans pour autant avoir jamais cessé d'utiliser son véhicule auparavant (cf. pces 42 et 49 p. 2).

#### **E. 7.6**

Au vu du dossier, le Tribunal retiendra donc que l'usage d'un fauteuil roulant est intervenu au plus tôt suite à la péjoration de l'état de santé de l'intéressée après une nouvelle poussée en avril 2005 (cf. pces 33 [première mention de ce fauteuil au dossier], 36, 49; l'intéressée n'a jamais indiqué à quel moment elle a requis de l'assurance française ledit fauteuil). Dans cette mesure, l'on peut s'abstenir de déterminer si ensuite de cette nouvelle poussée, un besoin impératif d'un fauteuil roulant à l'intérieur de l'appartement a bien été créé, et ce dans une mesure telle qu'une invalidité donnant droit à la modification du logement en aura été la conséquence. Il suffit de constater que contrairement à ce que soutient la recourante, le cas d'assurance relatif à la prestation de modification de l'appartement objet de cette procédure n'est en aucune façon survenu entre janvier 2001 et décembre 2002. Sur ce point le recours doit dès lors être rejeté.

#### **E. 8**

Au vu de ce qui précède, les conclusions subsidiaires et encore plus subsidiaires de la recourante doivent être rejetées, le dossier de la cause fournissant suffisamment d'éléments pour permettre au Tribunal de céans de se déterminer quant à la naissance objective du besoin de la prestation réclamée.

#### **E. 9.1**

Pour le cas où le Tribunal - comme c'est le cas - ne retiendrait pas la survenance d'une invalidité nécessitant la modification de l'appartement demandée avant le 11 décembre 2002, mais uniquement après cette date, la recourante conclut à l'octroi néanmoins de cette prestation selon le raisonnement suivant. La mesure requise ne vise pas une réadaptation professionnelle, de sorte que le bénéficiaire d'une rente entière résidant en Suisse a droit (cf. art. 21 LAI) à son octroi même si le besoin en est apparu après qu'il a été mis au bénéfice de dite rente. Or, le règlement 1408/71 CEE prévoit qu'en matière d'invalidité, de vieillesse et de décès (pension), les intéressés bénéficient en principe de l'ensemble des prestations acquises dans les différents Etats membres (ici, en Suisse uniquement). L'intéressée n'a pas cotisé à l'AI pour une couverture limitée à la rente, mais pour l'ensemble des prestations prévue par la législation suisse. La jurisprudence de l'ATF 132 V 244 rendue en matière de mesures de réadaptation professionnelle ne saurait trouver application ici, car cela reviendrait à nier la lettre et le but du règlement précité et à rendre inapplicable la décision du Comité mixte UE-Suisse n° 2/2003, alors que si dit comité avait voulu limiter l'octroi de mesures de réadaptation aux seuls assurés au sens de la LAI, il l'aurait précisé. De plus, l'intéressée ne bénéficie d'aucune couverture de la Sécurité sociale française pour travailleur devenu invalide, n'ayant jamais travaillé dans ce pays; il n'y aurait donc pas cumul de prestations ni extension indue de la LAI à faire droit à ses conclusions, mais comblement d'une lacune, ce qui est l'objet précisément de la décision du Comité mixte susmentionnée. Une autre interprétation conduirait à une inégalité de traitement avec les bénéficiaires de moyens auxiliaires résidant dans un pays de l'UE et qui demanderaient leur renouvellement

ou remplacement. L'octroi de cette prestation s'impose ici par l'application des différentes dispositions de droit international précitées.

### **E. 9.2.1**

A nouveau, le raisonnement de la recourante ne peut être suivi. La décision attaquée - ainsi au reste que celle antérieure octroyant à l'intéressée une rente entière - fut rendue après l'entrée en vigueur de l'ALCP. Cet accord, en particulier son annexe II, ainsi que le règlement 1408/71 trouvent donc effectivement application ici, prorata temporis. Il en va de même sur le plan du champ d'application personnel: de nationalité française, l'intéressée doit être considérée comme une travailleuse qui a été soumise à la législation d'un pays membre, ici, la Suisse (cf. ATF 132 V 244, consid. 4.2). Enfin, ces règles de coordination sont aussi applicables d'un point de vue matériel, avec cependant la précision suivante. La prestation requise, soit un moyen auxiliaire, ne se rapporte pas au risque d'invalidité (« les prestations d'invalidité, y compris celles qui sont destinées à maintenir ou à améliorer la capacité de gain) dont traite l'art. 4 al. 1 let. b du règlement susmentionné. L'aménagement de l'appartement demandé constitue en effet une prestation (en nature) de maladie et de maternité couverte par l'art. 4 al. 1 let. a et par le titre III, chapitre 1 du règlement 1408/71 (cf. arrêt du Tribunal fédéral du 3 avril 2009, 9C\_415/2008 consid. 5; ATF 132 V 46 consid. 3.2.3 et les réf.; arrêt du Tribunal fédéral du 12 mars 2008 consid. 6.2.2). Il s'agit d'une prestation de grande importance au sens de l'art. 24 du règlement précité (cf. 9C\_415/2008 consid. 5; cf. également décision n° 115 de la Commission administrative des Communautés européennes pour la sécurité sociale des travailleurs migrants, du 15 décembre 1982, concernant l'octroi des prothèses, du grand appareillage et d'autres prestations en nature de grande importance qui sont visées à l'art. 24 par. 2 du règlement [CEE] n° 1408/71, lit. 1). Les art. 13 à 17bis du Titre II du règlement 1408/71 permettent de déterminer la législation applicable. L'unicité de cette dernière en fonction des règles contenues aux art. 13 par. 2 à 17bis est prévue par l'art. 13 par. 1 dans le sens de l'applicabilité de la législation d'un seul Etat membre. Selon l'art. 13 par. 2 let. f du règlement précité, la personne à laquelle la législation d'un état membre cesse d'être applicable, sans que la législation d'un autre Etat membre lui devienne applicable en conformité avec l'une des règles énoncées à l'art. 13 par. 2 let. a à e ou avec l'une des exceptions ou règles particulières visées aux art. 14 à 17bis, est soumise à la législation de l'Etat membre sur le territoire duquel elle réside, conformément aux dispositions de cette seule législation. Par cessation de l'application de la législation d'un Etat membre, il faut comprendre que la relation qui fonde l'exercice de l'activité ou l'un des rapports mentionnés à l'art. 13 par. 2 qui entraîne l'application du droit national en cause n'existe plus (cf. Arrêt TF du 15 avril 2009 9C\_516/2008, consid. 6.4.2). Cela étant, le moment à partir duquel la législation cesse d'être applicable à l'intéressé sera déterminée à l'aune de la seule législation de l'Etat membre concerné (cf. *ibidem*). Ici, ainsi que dit, en vertu du droit suisse, singulièrement de la LAI et du RAI, l'intéressée ne peut plus prétendre à l'octroi par l'AI suisse d'un moyen auxiliaire dès lors qu'elle n'exerce plus d'activité en Suisse, n'y réside pas et ne remplit plus la condition *sine qua non* d'assurée à l'assurance-invalidité suisse. Ce sans parler encore du fait qu'elle réclame que soit exécutée en France une mesure de réadaptation alors que celle-ci doit en principe l'être en Suisse et ne peut l'être à l'étranger qu'à titre exceptionnel (cf. art. 9 al. 1 LAI). Sur la base de l'art. 13 par. 1 du règlement n° 1308/71, dès lors qu'elle réside toujours en France, c'est donc exclusivement la législation pertinente de ce pays qui doit être appliquée à l'intéressée (cf. également la décision n° 115 précitée, art. 1, qui considère comme déterminante la législation appliquée par l'institution du lieu de

séjour ou du lieu de résidence). Le Tribunal relève encore ce qui suit. Le Titre III du règlement 1408/71 traite des dispositions particulières aux différentes catégories de prestations; il contient plusieurs règles de rattachement susceptibles de déroger à celles contenues au Titre II (cf. arrêt précité, consid. 6.4.3). Ainsi que dit, la prestation requise par l'intéressée doit être qualifiée de prestation de maladie au sens de l'art. 4 par. 1 let. a et du titre III chapitre I du règlement. D'un point de vue matériel, le règlement s'applique donc bien ici. Or, en l'espèce, l'on ne saurait tirer d'aucune disposition du chapitre précité le droit pour l'intéressée de se voir octroyer à charge de l'assurance invalidité suisse l'adaptation de son appartement en France. L'on relèvera encore qu'ainsi que le fait remarquer la recourante elle-même (cf. réplique, p. 21), elle est assurée auprès de l'assurance-maladie française (de base), cette affiliation n'étant pas conditionnée par l'exercice (passé ou présent) d'une activité lucrative en France, contrairement - selon ce que la recourante indique - aux prestations liées à l'invalidité. Dans cette mesure, c'est à l'institution française compétente qu'il y a lieu de s'adresser pour l'obtention de la prestation d'aménagement de l'appartement requise. C'est d'ailleurs ainsi que l'intéressée a pu obtenir son fauteuil roulant, autre moyen auxiliaire. Le Tribunal signale en particulier que la prestation de compensation du handicap française permet notamment l'obtention d'aides matérielles pour l'aménagement du logement et du véhicule.

### **E. 9.2.2**

Enfin, la prise en charge de l'intervention requise sur l'appartement de la recourante en France ne saurait être imposée à l'assurance-invalidité suisse sur la base de l'Annexe II à l'ALCP, Section A, par. 1 let. o point 9, telle que remplacée par la décision du Comité mixte UE-Suisse n° 2/2003 du 15 juillet 2003. Se prononçant sur l'octroi d'une mesure de reclassement d'ordre professionnel, le Tribunal fédéral a en effet clairement indiqué que la prolongation de l'assurance pour l'octroi de mesures de réadaptation mentionnée dans cette disposition ne saurait être illimitée dans le temps, mais ne vise qu'à « faciliter de manière transitoire - et sans lacune - le retour de la personne devenue invalide en Suisse dans le pays dans lequel elle réside, dont la législation lui sera alors en principe applicable » (ATF 132 V 244 consid. 6.4.1). Rappelant la limite d'une année (cf. arrêt susmentionné, consid. 6.3.1, 6.4.1 et s.) après la cessation d'activité prévue par diverses règles, le Tribunal fédéral concluait que cette couverture d'assurance prend fin au plus tard au moment où son bénéficiaire s'est vu octroyer une rente de l'assurance invalidité suisse et que la nécessité de mesures de réadaptation a (implicitement à tout le moins) été niée (cf. ATF précité, consid. 6.4.1 et s.). La recourante fait valoir que la jurisprudence précitée ne saurait être pertinente en l'espèce puisque la prestation qu'elle demande est un moyen auxiliaire, non une mesure d'ordre professionnel. Cet argument n'est cependant pas pertinent. L'on pourrait d'abord se demander si la continuation d'assurance prévue à l'Annexe II à l'ALCP, Section A, par. 1 let. o point 9 ne concerne pas précisément les seules mesures d'ordre professionnel dans la mesure où il y est fait référence à l'activité lucrative en relation avec la notion d'invalidité, ce qui en droit communautaire renvoie davantage au risque d'invalidité mentionné à l'art. 4 al. 1 let. b du règlement 1408/71 (« les prestations d'invalidité, y compris celles qui sont destinées à maintenir ou à améliorer la capacité de gain »; cf. ATF 132 V 244 et consid. 6.4.1) qu'à celui couvert par l'assurance-maladie, qui concerne la prestation recherchée ici. Cette question peut toutefois demeurer ouverte. Le Tribunal constate en effet qu'il n'y a en tout état de cause pas ici de lacune à combler puisque, comme on l'a vu, l'intéressée n'avait ni droit à, ni besoin de la prestation requise avant l'octroi de sa rente AI en décembre 2002, et qu'elle est affiliée à l'assurance-maladie française et peut et doit - tel que cela ressort de

son devoir de diminuer son dommage vis-à-vis de l'AI - faire valoir sa prétention en aménagement de son appartement auprès de l'autorité française compétente, comme elle l'a déjà fait avec succès pour obtenir un fauteuil roulant. Il s'ensuit que la mesure de réadaptation demandée doit être refusée dès lors que son besoin est né au plus tôt en 2005, bien ultérieurement à la décision de l'assurance-invalidité d'octroi d'une rente entière de 2002.

#### **E. 10.1**

Il s'ensuit le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée.

#### **E. 10.2**

En application des articles 63 al. 1 PA et 1 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2), les frais de procédure, par Fr. 400.-, seront mis à la charge de la recourante, qui succombe. Ils seront compensés par l'avance de frais versée. Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens (art. 64 PA en relation avec l'art. 7 FITAF).

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