Le blessé de guerre à travers l'expertise médico-légale, de la pension militaire d'invalidité à la jurisprudence Brugnot : une étude épidémiologique sur l'Afghanistan de 2005 à 2013

Rodolphe Bounat

▶ **To cite this version:**

Rodolphe Bounat. Le blessé de guerre à travers l'expertise médico-légale, de la pension militaire d'invalidité à la jurisprudence Brugnot : une étude épidémiologique sur l'Afghanistan de 2005 à 2013. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01237414

HAL Id: dumas-01237414

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01237414

Submitted on 3 Dec 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

université de BORDEAUX

Année 2014/2015 Thèse n° 125

U.F.R DES SCIENCES MÉDICALES

Thèse pour l'obtention du
DIPLÔME d'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Presentée et soutenue publiquement
Par l'interne des hôpitaux des armées Rodolphe BOUNAT
Né le 29 novembre 1985 à Cosne-Cours-sur-Loire (Nièvre)
Le 14 octobre 2015

Le blessé de guerre à travers l'expertise médico-légale, de la pension militaire d'invalidité à la jurisprudence Brugnot : Une étude épidémiologique sur l'Afghanistan de 2005 à 2013

Directeur de thèse:
M. le Médecin en Chef Jean-Philippe BERTON

Jury :

M. le Professeur Jean-Claude BASTE	Président
Mme le Professeur Sophie GROMB-MONNOYEUR	Juge et Rapporteur
M. le Docteur Christophe ADAM	Juge
Mme le Médecin Principal Diane TOUMINET	Juge
M. le Médecin en Chef Jean-Philippe BERTON	Directeur de thèse

<u>École du Val-de-Grâce</u>

Monsieur le Médecin Général Inspecteur François PONS

Directeur de l'Ecole du Val-de-Grâce

Professeur Agrégé du Val-de-Grâce

Officier de la Légion d'Honneur

Commandeur de l'Ordre National du Mérite

Récompenses pour travaux scientifiques et techniques – échelon argent

Médaille d'honneur du Service de Santé des Armées

Monsieur le Médecin Général Jean-Didier CAVALLO

Directeur adjoint de l'Ecole du Val-de-Grâce

Professeur Agrégé du Val-de-Grâce

Officier de la Légion d'Honneur

Officier de l'Ordre National du Mérite

Chevalier des Palmes Académiques

Récompenses pour travaux scientifiques et techniques – echelon argent

Médaille d'honneur du Service de Santé des Armées

<u>Hôpital d'Instruction des Armées Robert Picqué</u>

Monsieur le Médecin Général Fabrice MONCADE

Médecin Chef de l'Hôpital d'Instruction des Armées Robert Picqué

Spécialiste des Hopitaux des Armées

Chevalier de la Légion d'Honneur

Officier de l'Ordre National du Mérite

Monsieur le Médecin Chef des Services Flavien DURAND-DASTES,

Directeur-Adjoint de l'Hôpital d'Instruction des Armées Robert-PICQUE

Spécialiste des Hôpitaux des Armées

Chevalier de la légion d'Honneur

Officier de l'Ordre National du Mérite

Médaille d'Honneur du Service de Santé des Armées

Monsieur le Médecin Chef des Services Christian MORAND,

Référent pédagogique de l'Hôpital d'Instruction des Armées Robert-PICQUE

Spécialiste des Hôpitaux des Armées

Chevalier de la légion d'Honneur

Officier de l'Ordre National du Mérite

A NOTRE PRÉSIDENT DE JURY DE THÈSE

Monsieur le Professeur Jean-Claude BASTE

Professeur des Universités en chirurgie vasculaire

Praticien Hospitalier

Chef de Service de chirurgie générale, chef de département urgences adultes

Lauréat de la faculté de sciences de Bordeaux (Prix Prévost, 1960), académie Belle Lettres-Arts Sciences (Prix Grépinet, 1971), Médaille d'argent de la Croix Rouge Française (1969), Membre associé de l'Académie de Chirurgie

Agrégé de chirurgie générale, D.U. de dommage corporel, Licence de droit, D.E.A. droit de la santé

Expert agréé par la Cour de Cassation, spécialité chirurgie générale

En vous remerciant de l'honneur que vous me faites en acceptant la présidence de cette thèse. Je vous prie d'accepter l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A NOTRE RAPPORTEUR

Madame le Professeur Sophie GROMB-MONNOYEUR

Professeur des universités en médecine légale

Expert près de la Cour d'Appel de Bordeaux

Expert agréé par la Cour de Cassation

Docteur en médecine, docteur en droit privé

Praticien Hospitalier

Chef de service de médecine légale

Je vous remercie d'avoir accepté d'avoir été rapporteur et jury de cette thèse et de m'avoir fait profiter de votre grande expérience durant les assistances à expertise du DIU. Merci pour tout ce que vous avez apporté à cette belle discipline.

A NOS JUGES

Monsieur le Docteur Christophe ADAM

Maître de conférences associé

Médecin Généraliste

En vous remerciant d'avoir accepté d'être membre du jury.
Recevez l'expression de ma profonde reconnaissance.

Madame le Médecin Principal Diane TOUMINET

Médecin des Armées

D.I.U. d'aptitude à l'expertise médicale, A.E. réparation juridique du dommage corporel

En vous remerciant d'avoir accepté d'être membre du jury, dans l'urgence. Recevez l'expression de ma profonde reconnaissance.

A NOTRE DIRECTEUR DE THESE

Monsieur le Médecin en Chef Jean-Philippe BERTON

Expert auprès de la cour d'appel de Bordeaux, spécialité médecine légale du vivant - dommage corporel et traumatologie séquellaire

D.U. d'indemnisation du dommage corporel, D.U.S. d'expertises médicales et de médecine légale criminelle

En vous remerciant d'avoir accepté de diriger ce projet de thèse et de m'avoir guidé tout au long de ce travail, sans vous je n'aurais jamais pu mener à terme ce projet. Merci d'avoir toujours été disponible.

Remerciements :

Aux personnels médicaux et paramédicaux rencontrés durant mon internat :

-Docteurs Alain CUGUILLIERE, Marie-Line QUINQUENEL, Yvan SALLES, pour un premier semestre en pneumologie qui fut intense mais extrêmement formateur.

-Docteurs Eric d'ANDIGNÉ, Olivier DE STABENRATH, Emmanuel PY, Christophe GRAMOND, David LAMBAN, Yann LE GOFF du service des urgences de Robert Picqué, pour leur encadrement et leur patience dans des conditions de travail souvent difficiles.

-Docteurs Alain TAVEAU, Hélène ROMAIN-GUENOT, Pauline BROCAIRES, pour ce semestre à la Base Aérienne 106 de Mérignac qui m'a fait découvrir bien des aspects de la médecine d'unité (ainsi que Lumm...).

-L'équipe de gynécologie et de pédiatrie de Périgueux qui m'ont fait passer un stage extrêmement agréable et formateur,

-Les docteurs Régis BEDRY, Estelle SUDRE, Nahid NADJIMI-SARRAM, Pierre BRUN de l'UHSI et les docteurs Gildas LE PORT et Fabienne LE MONNIER de l'UCSA, j'ai eu la chance de pouvoir faire ce stage médico-pénitentiaire qui fut une forte expérience humaine, avec des médecins d'expérience.

-Et enfin, docteurs Fabrice CASTEL, Julien SAMY et Nicolas ZELLER pour ce SASPAS dans un régiment opérationnel qui m'aura fait redécouvrir certains muscles un peu endormis par quelques années peu propices au sport.

-A tous mes co-internes, en particulier mes co-internes militaires, mais aussi Anne-Cécile et la 2 Finger Team (Benjamin, Kevin, Sophie, Lucille) mais également les internes de Périgueux dans ce magnifique internat qui fut particulièrement bien exploité...

-A toutes les personnes qui m'ont soutenu et apporté des connaissances et expériences pour cette thèse : Docteur David DE GAINZA expert auprès de la cour d'appel de Toulouse pour m'avoir fourni ses dossiers Brugnot, Docteur Christophe VERGNES du bureau juridique de la DCSSA, Docteur Diane TOUMINET, Docteur Philippe DELPRAT du Service des Pensions de la Rochelle, Mme Marie-Christine BIENFAIT du service du contentieux à Villacoublay.

-A toutes les équipes paramédicales qui ont dû supporter ce jeune médecin en devenir...

-A toute l'équipe enseignante et à tous les inscrits au D.I.U. d'expertise médicale promotion 2012/2014 : Merci pour ces premiers pas dans le milieu de la médecine légale.

A ma famille et à mes amis :

-A Emma, qui quand elle pourra lire cette thèse apprendra qu'elle en a probablement été son plus gros boulet à sa bonne réalisation... tout en étant la plus belle chose qui me soit jamais arrivée!

-A mes parents, qui m'ont toujours soutenu dans mon travail durant toutes ces années et dans ses longues heures, week-ends, vacances... sacrifiées pour la bonne cause.

-Au reste de ma famille et particulièrement mes grands-parents pour avoir été également aussi compréhensifs de n'avoir pu se voir si souvent que ça tout au long de ces années d'étude.

-Aux plus anciens et fidèles amis : Damien et Cédric, on se connaît depuis la plus petite section d'école et j'espère que l'on continuera à se voir encore... Au moins pour les 31 décembre!!!
Egalement à Amélie.

-Aux navalais, et plus particulièrement Fanch, Damien, Bidou, Ali, Corco, Romain, Mathieu, Adrien, Pierre ainsi que leurs compagnes respectives, tant d'événements vécus ensemble, que ce soit professionnels, sportifs... surtout festifs... et bien d'autres encore seront à venir.

-Aux navalaisEs et en particulier Marie pour toutes ces années à mûler ou théoriser sur tant de sujets divers et variés que ce soit sur les bancs de la fac, à la Boîte, ou en colocation... Mais également les 2004 : Amandine, Clarie, Aude, Enguerrane.

-A mon extraordinaire famille matri 11-43, que ce soit les Anciens ou les Foeti, je n'aurai pas pu tomber dans une famille aussi formidable, que ce soit pour le soutien durant la P1 ou pour ces mémorables repas de famille.

-A ma belle-famille, pour tous ces bons moments passés depuis bientôt une décennie,

-Et enfin, et surtout, à Priscilla, mon épouse, qui a toujours été là dans les bons comme les mauvais moments de la vie, tu m'as donné cette merveilleuse petite Emma qui nous remplit de bonheur chaque jour et j'espère que nous continuerons sur le même chemin aussi longtemps que possible.

« Ces Français que nous fûmes contraints de jeter dans la bataille, ils ont des droits sur nous. »

(Georges Clémenceau devant la Chambre des Députés, 20 novembre 1917)

« La République française, reconnaissante envers ceux qui ont assuré le salut de la patrie, proclame et détermine le droit à réparation due :

/- Aux militaires des armées de terre, de mer affectés d 'infirmité résultant de la guerre:

2- Aux veuves, aux orphelins et aux ascendants de ceux qui sont morts pour la France.»

(article L I de la loi du 31 mars 1919, dite loi Lugol)

SOMMAIRE

SOMMAIRE……...……p 9

ABRÉVIATIONS……..…p 13

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX……...……..p 15

INTRODUCTION…….……...….p 16

1ÈRE PARTIE : L'EXPERTISE MEDICALE……..……p 17

I. RÉPARATION DU DOMMAGE CORPOREL EN DROIT COMMUN…….……p 17

I.1. Les principes du code civil…….……p 17

I. 2. La réparation juridique du dommage corporel……..……p 17

I.3. Le fait générateur…….….. p 18

I.4. Le lien de causalité……..p 19

I.5. L'imputabilité médicale……..p 19

I.6. L'état antérieur……...……p 21

II. LE MEDECIN EXPERT JUDICIAIRE……...……p 22

II.1. Devenir expert…….....…….p 22

II.2. L'expert judiciaire et sa mission……...……...……p 24

II.3. Le déroulement de l'expertise……..……p 27

II.4. La déontologie du médecin-expert…….……..p 30

II.5. L'aspect thérapeutique de l'expertise……..……p 31

III. LE RAPPORT ET LA NOMENCLATURE DINTHILAC…….……p 32

III.1. Le rapport Dintilhac……p 32

III.2. Les préjudices patrimoniaux……p 34

III.3. Les préjudices extrapatrimoniaux = les préjudices personnels……p 36

IV. LA NOTION DE BARÈMES……p 41

V. LES PENSIONS MILITAIRES D'INVALIDITÉ, LE CPMIVG……p 42

V.1. Historique……p 42

V.2. Les particularités du régime du CPMIVG……p 44

V.3. Les bénéficiaires……p 45

V.4. La demande de pension……p 45

V.5. Imputabilité au service……p 46

V.6. L'expertise médicale à travers les PMI……p 49

V.7. Traitement d'une demande de pension……p 53

V.8. Calcul du taux d'invalidité/Montant de la pension……p 54

V.9. Le guide-barême……p 56

V.10. Voie de recours……p 58

V.11. Autres avantages/accessoires liées à la PMI……p 59

VI. LA JURISPRUDENCE BRUGNOT……p 64

VI.1. Introduction……p 64

VI.2. La décision Moya-Caville des 4 et 5 juillet 2003……p 64

VI.3. La décision Brugnot du 1er juillet 2005……p 64

VI.4. La réparation du dommage corporel du militaire à travers Brugnot……p 65

2ÈME PARTIE : MATÉRIEL ET MÉTHODES……..……..……..p 71

I. Objectifs de l'étude……...……p 71

II. Type d'étude……..……...……p 71

III. Critères d'inclusion……...…….……p 71

IV. Base de données…….....……p 72

V. Caractéristiques socio-démographiques et familiales……....p 72

VI. Caractéristiques de la blessure initiale……..……p 72

VII. Caractéristiques des expertises Brugnot /PMI……...p 73

VIII. Analyses statistiques……...……p 73

3ÈME PARTIE : RÉSULTATS……...……p 74

I. Caractéristiques générales……p 74

II. Caractéristiques de la blessure initiale.....p 78

III. Caractéristiques des expertises Brugnot et PMI……..……p 82

IV. Situation professionnelle et familiale au moment de l'expertise…….……p 89

V. Part des troubles psychiques post traumatiques……p 90

4ÈME PARTIE : DISCUSSION……p 91

I. Généralités……..p 91

II. Caractéristiques des blessés…….……p 92

III. Caractéristiques des blessures initiales…….……p 92

IV. Caractéristiques des expertises Brugnot……..……p 93

V. Troubles psychiques post-traumatiques……..…p 98

VI. La réparation du blessé de guerre à l'étranger……..……...…..……p 100

VII. Limites de l'étude…….……p 102

VIII. Perspectives d'avenir de la réparation du militaire blessé en service……..…….p 102

CONCLUSION…….....……..p 105

BIBLIOGRAPHIE…….....……..p 107

ANNEXES……...…… p 112

Annexe 1 : Mission donnée à l'expert…….…… p 112

Annexe 2 : Grille d'évaluation indicative des souffrances endurées……....p 115

Annexe 3 : Grille d'évaluation indicative du préjudice esthétique……...……p 116

Annexe 4 : Conclusions en expertise judiciaire……...……p 117

Annexe 5 : Rapport simplifié d'expertise Brugnot…..…….....…….p 118

Annexe 6 : Infos Blessés Service, site du Ministère de la Défense……...……..p 122

SERMENT MEDICAL.....p 123

Liste des abréviations

AG : Anesthésie Générale

AT : Arrêt de travail

ATP : Assistance par tierce personne

BLRH : Bureau Local des Ressources Humaines

CD : Code de Déontologie

CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

CE : Conseil d'État

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLD : Congé Longue Durée

CLM : Congé Longue Maladie

CPC : Code de Procédure Civile

CPMIVG : Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

CRA : Centres Régionaux d'Appareillage

CRPMI : Commission de Réformes des Pensions Militaires d'Invalidité

CSG : Cotisation Sociale Généralisée

DAPIAS : Déclaration d'Accident Présumé Imputable Au Service

DFP : Déficit fonctionnel permanent

DFT(T/P) : Déficit fonctionnel temporaire (total/partiel)

DRH-MD : Directeur des Ressources Humaines – Ministère de la Défense

DSA : Dépenses de santé actuelles

DSF : Dépenses de santé futures

ESA : État de Stress Aigü

ESPT : État de Stress Post-Traumatique (PTSD : Post-Traumatic Stress Disorder)

FD : Frais divers

FLA : Frais de logement adapté

FVA : Frais de véhicule adapté

GSBdD : Groupement de Soutien des Bases de Défense

IP : Incidence professionnelle

MP : Maladie Professionnelle

OGE : Organes Génitaux Externes

ONAC(VG) : Office National des Anciens Combattants (et des Victimes de la Guerre)

OPEX : Opérations Extérieures

PA : Préjudice d'agrément

PE : Préjudice d'établissement

PEP : Préjudice esthétique permanent

PET : Préjudice esthétique temporaire

PGPA : Pertes de gains professionnels actuels

PGPF : Pertes de gains professionnels futurs

PMI : Pension Militaire d'Invalidité

PPE : Préjudices permanents exceptionnels

PS : Préjudice sexuel

SDP : Sous-Direction des Pensions

SE : Souffrances endurées

SSA : Service de Santé des Armées

TAP : Troupe AéroPortée

TGI : Tribunal de Grande Instance

TSA : Traumatisme Sonore Aigü

VBA : Veteran Benefits Association

VHC : Virus de l'Hépatite C

Liste des figures et tableaux

Figure 1 : Les préjudices selon la nomenclature Dintilhac…….p 33

Figure 2 : Répartition de l'âge en fonction des sujets…..…….p 76

Figure 3 : Nombre d'années de service en fonction des sujets……p 77

Figure 4 : Répartition anatomique des lésions initiales……...p 80

Figure 5 : Répartition de la date de l'accident en fonction des dossiers…….p 82

Figure 6 : Répartition des délais de consolidation en fonction des dossiers……...p 82

Figure 7 : Répartition du DFTT en fonction des dossiers……...p 83

Figure 8 : Répartition du DFTP en fonction du % de la gêne totale……...p 84

Figure 9 : Répartition des souffrances endurées en fonction des dossiers……..p 85

Figure 10 : Répartition du préjudice esthétique permanent en fonction des dossiers…….p 85

Figure 11 : Répartition des séquelles en % des dossiers…….p 87

Figure 12 : Répartition du DFP et du taux de PMI en fonction des dossiers…..…….p 88

Figure 13 : Répartition des conséquences professionnelles en % des dossiers……...p 89

Tableau 1 : Caractéristiques générales de la population……..p 74

Tableau 2 : Principaux agents lésionnels responsables……...p 78

Tableau 3 : Mécanisme lésionnel……p 79

INTRODUCTION:

Depuis l'Antiquité, les sociétés ont toujours cherché à apporter une aide à leurs soldats blessés lors des conflits menés.

C'est la Première Guerre mondiale, par l'ampleur des pertes humaines, de blessés et de mutilés et les problèmes posés par leur prise en charge, qui a conduit à poser le principe d'un droit à réparation des blessés de guerre. [1]

Ce principe, consacré par la loi du 31 mars 1919 [2], sera le point de départ d'une législation nouvelle et spécifique, fondée sur des règles différentes de celles du droit commun en matière de réparation des dommages. Dans ce cadre, les situations variées provoquées par les conflits suivants ont donné lieu à de très nombreuses lois et circulaires dont l'abondance et la diversité rendront nécessaire leur codification, conduisant ainsi à la publication du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre (CPMIVG) en 1951.

Plusieurs fois modifié depuis, le CPMIVG continue d'évoluer pour répondre aux circonstances particulières et nouvelles des activités en service des militaires.

L'année 2005 marque également une évolution importante dans l'indemnisation des militaires victimes d'un préjudice par le fait du service. En effet, par décision du 1er juillet 2005 [3], le Conseil d'État a entendu mettre fin à la règle dite du « forfait de pension » et permettre ainsi au militaire victime d'un accident en service d'être indemnisé autrement que dans le seul cadre de la législation relative au CPMIVG. Cette décision permet désormais au militaire de pouvoir prétendre à une indemnisation complémentaire, réparant les souffrances endurées et les autres préjudices personnels et basée sur une évaluation poste par poste des préjudices selon les règles du droit commun.

Au coeur du parcours de soins du militaire blessé en service, le praticien du Service de santé des armées, reconnu parfois comme médecin expert « de droit », est un acteur clé du dispositif de réparation du dommage corporel du fait de sa place en première ligne au contact du militaire blessé ainsi que de son rôle dans la plupart des étapes des procédures d'indemnisation.

Cette thèse présente les principes de la réparation juridique du dommage corporel, le médecin expert, sa mission, ainsi que la nomenclature actuelle des préjudices en droit commun.

Elle présente également un historique et un état des lieux sur l'indemnisation des militaires victimes de préjudice corporel par le fait ou à l'occasion du service, des fondements du CPMIVG jusqu'aux plus récentes évolutions du XXIème siècles marquées principalement par cette indemnisation complémentaire induite par la jurisprudence Brugnot. Il sera également fait mention des articles et études éventuelles sur le sujet.

L'objectif de l'étude réalisée est de réaliser une photographie socio-démographique, clinique, des préjudices, en PMI et en Brugnot, d'une population de blessés de guerre sur le théâtre de guerre afghan, pour mettre en évidence les points forts, points faibles, et axes d'amélioration éventuels de ce système en constante évolution.

I. PRINCIPES DE LA RÉPARATION DU DOMMAGE CORPOREL EN DROIT COMMUN

I.1. Les principes du Code Civil :

Le Code Civil [4] dans les articles 1382 et 1383 en avait énoncé le principe et l'étendue :

Article 1382 : *tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer.*

Article 1383 : *chacun est responsable du dommage qu'il a causé, non seulement par son fait mais encore par sa négligence ou son imprudence.*

La jurisprudence pour protéger la victime a alors utilisé l'article 1384 § 1 en en étendant la portée. Cet article précise *« que l'on est responsable non seulement du dommage que l'on cause par son propre fait mais encore de celui qui est causé par les personnes dont on doit répondre ou des choses que l'on a sous sa garde »*.

I. 2. La réparation juridique du dommage corporel :

I.2.1. La réparation :

Toute personne victime d'un dommage, quelle qu'en soit la nature, a droit d'en obtenir la réparation, de celui qui l'a causé par sa faute.

La réparation du préjudice subi doit être intégrale : ç'est le droit à l'équivalence entre dommage et compensation : *« ...la personne qui a subi un préjudice doit être placée dans une situation aussi proche que possible de celle qui aurait été la sienne si le fait dommageable ne s'était pas produit »*.[5]

Le droit à l'égalité ou principe d'égalité figure dans la devise de la République. C'est, notamment, le droit à l'égale protection de tous devant la loi. Pour la victime, en particulier, c'est la garantie du respect d'un égal traitement dans l'exercice de son droit à la réparation intégrale du dommage corporel subi dans sa diversité ou sa singularité…

Le droit à la dignité humaine est pour celui ou celle qui subit un dommage, celui d'en recevoir la juste et intégrale réparation dans le respect de sa personne et de ses choix de vie.

Le droit au libre choix de vie est pour celui ou celle qui subit un dommage de pouvoir exprimer librement son choix de vie future et son devenir.

Il y a nécessité de faire une distinction entre dommage et préjudice :

« Le dommage relève du fait, le préjudice relève du droit »

« Le dommage au médecin, le préjudice au régleur » [6]

C'est une réparation de droit commun avec un encadrement législatif spécifique pour les victimes d'accidents de la circulation routière ou les victimes d'accidents médicaux.

Le principe de réparation intégrale du préjudice subi, doit permettre le rétablissement d'une situation aussi proche que possible de celle dans laquelle la victime se serait trouvée sans l'intervention du fait dommageable, mais ce préjudice doit être direct, actuel et certain.

C'est le droit commun de la responsabilité civile.

I.2.2. Le dommage corporel :

Le dommage corporel est constitué par toute atteinte à l'intégrité physique et psychique d'une personne, cette atteinte est la conséquence d'un fait dommageable [7].

Le dommage corporel relève d'une constatation médicalement évaluable des lésions qui se traduisent pour le blessé en divers préjudices spécifiques.

I.2.3.La réparation du dommage :

Le dommage corporel étant l'ensemble des atteintes que subit un sujet à une occasion quelconque, ces atteintes ont des conséquences d'ordre économique ou d'ordre moral : c'est ce qui constitue le préjudice susceptible d'être réparé par le responsable éventuel de l'événement dans le cadre du droit commun. La réparation doit alors être intégrale [7].

S'il n'y a pas de responsable, on est en dehors de ce droit commun et on ne peut alors évoquer la notion d'un « préjudice ». Le dommage peut cependant être réparé dans certaines de ses composantes.

La réparation est une opération qui consiste à compenser pécuniairement telle ou telle conséquence du dommage en fonction de l'importance de ce dommage.

Le dommage comme le préjudice justifient une double appréciation, la première étant destinée à traduire des éléments médicaux en termes conventionnels, la seconde devant passer de ceux-ci à la fixation d'une certaine somme d'argent.

La réparation du dommage corporel nécessite donc la collaboration de deux « acteurs » : le médecin-expert d'une part, qui évalue le dommage, le régleur, d'autre part, qui apprécie le préjudice.

I.3. Le fait générateur :

Il est l'élément qui permet de comprendre le préjudice. Il en est la cause. Par exemple, "la chute a causé la fracture" : La chute est le fait générateur, la fracture le dommage [7].

Mais la détermination du fait générateur n'est pas toujours aussi simple. Il arrive souvent qu'un ensemble de faits d'origines différentes soient à l'origine du dommage.

Il est donc nécessaire pour déterminer avec précision le rapport entre le(s) fait(s) générateur(s) et le dommage de déterminer le lien de causalité.

I.4. Le lien de causalité :

Il relie le fait générateur au préjudice. Il constitue une difficulté car un événement est toujours le fruit d'une pluralité de facteurs.

Etablir ce lien de causalité revient à expliquer les mécanismes physiopathologiques par lesquels des lésions initiales ont déterminé, malgré les traitements, des séquelles qui vont être analysées et classées. Pour établir la relation entre deux événements, il faut discuter les critères scientifiques, physiopathologiques et étiopathogéniques.

Il existe trois principales théories permettant d'établir ce lien de causalité [8] :

- La théorie de l'équivalence des conditions :

Est en cause tout événement sans lequel le dommage ne se serait pas produit. Cette théorie impose d'établir un rapport de nécessité entre la cause et le dommage, la cause est donc un antécédent *sine qua non* du dommage. C'est la théorie qui désigne tous les antécédents comme cause du dommage, ce qui fonctionne plutôt bien pour la responsabilité pour faute.

- La théorie de la proximité des causes (Causa Proxima) :

La cause à retenir est l'événement le plus proche du dommage et le dernier en date. C'est la théorie la plus simple à appliquer. Cependant l'ordre chronologique n'est pas nécessairement l'ordre causal. En pratique, on est passé de l'appréciation de la cause la plus proche à l'appréciation de la faute la plus proche.

- La théorie de la causalité adéquate :

Selon cette théorie, est une cause l'antécédent qui peut expliquer à lui seul le dommage.

Elle impose d'établir un rapport de probabilité entre l'événement et le dommage censé en résulter. Le tri est plus sélectif mais si on rassemble tous les antécédents d'un dommage, celui-ci n'est plus probable mais certain.

En pratique, les juges du fond érigent en cause juridique le ou les faits qui semblent avoir été déterminants pour engendrer le dommage.

En fait l'approche pragmatique du lien de causalité par la jurisprudence tend à privilégier la causalité très large de l'équivalence des conditions dans la poursuite, c'est à dire l'action en réparation de la victime elle-même; une fois celle-ci indemnisée c'est la causalité plus restrictive de la causalité adéquate qui semble guider la contribution, c'est-à-dire les recours contributifs entre codébiteurs.

I.5. L'imputabilité médicale :

C'est le rattachement d'une situation concernant la santé d'un sujet à un événement intervenu dans sa vie. L'imputabilité relève de critères scientifiques, d'ordre physiopathologique ou étiopathogénique. Si telle cause est responsable de telle situation, la situation est imputable à la

cause. L'imputabilité médicale ne se partage pas, mais même si le lien entre la cause et l'effet est indirect et partiel; s'il existe, il y a imputabilité médicale et c'est, l'analyse de ce lien de causalité qui permettra au juriste de prendre une décision relative à la causalité qui, elle, peut se partager.

Muller et Cordonnier ont décrit en 1925 un certain nombre de critères d'imputabilité.

Sept critères d'imputabilité ont été définis [9] :

- la vraisemblance du diagnostic étiologique :

Un traumatisme de la jambe peut entraîner une fracture, l'immobilisation peut a lors entraîner une embolie pulmonaire. Par contre, un traumatisme de la jambe ne peut entraîner directement une embolie pulmonaire. Cette vraisemblance scientifique, dont la détermination revient au médecin, est le critère principal.

- Réalité et intensité du traumatisme :

Qu'il s'agisse d'un traumatisme physique ou psychique, il ne suffit pas qu'il ait existé et que la preuve en soit apportée, encore faut-il que son intensité ait été suffisante pour produire l'effet constaté.

- Absence d'antériorité, intégrité préalable de la région traumatisée :

Surtout important en matière de lien éventuel entre un traumatisme et un cancer, ce critère mérite une analyse dans d'autres situations et l'étude des dossiers antérieurs à l'accident ou des radiographies initiales est d'une grande importance.

Un tassement vertébral ne pourra être rattaché à un traumatisme si la radiographie faite immédiatement après l'accident montre déjà un remaniement osseux ou une condensation témoignant d'une pathologie ancienne.

- Concordance de siège entre le traumatisme et la séquelle :

Même si la bonne foi de la victime semble évidente, l'expert ne peut admettre le lien de causalité si le processus pathologique se développe dans une région non atteinte initialement et si la preuve de la lésion initiale ne permet pas d'établir cette concordance de siège. Bien entendu, l'expert n'ignorera pas la possibilité de lésions à distance et, le cas échéant, il devra s'en expliquer en détail et non pas seulement par des affirmations.

- Délai entre l'événement initial et l'apparition des troubles :

Ce délai varie avec la nature de ces derniers et c'est l'expérience du médecin-expert qui lui permet de connaître les différences et les limites acceptables. Nul pour une fracture franche, de quelques heures à un jour pour un syndrome cervical, il est parfois plus long pour des fractures souvent découvertes secondairement ou des lésions à retardement telle qu'un hématome sous dural.

- Continuité évolutive ou enchaînement clinique :

Complémentaire du précédent, ce critère revêt une grande importance dans l'analyse que fait l'expert. Si un tassement vertébral peut être découvert 3 mois après un accident, il ne suffit pas que la nature de celui-ci soit compatible avec une telle lésion, encore faut il que les signes cliniques, au minimum les troubles subjectifs, se soient manifestés rapidement et aient évolués jusqu'à ce que le diagnostic soit posé.

- Certitude du diagnostic actuel :

C'est une condition nécessaire, qui semble évidente lorsqu'il s'agit d'une fracture constatée chirurgicalement, mais qui peut l'être moins en cas de dérèglement endocrinien, de cancer, de syndrome neurologique ou d'affection dégénérative.

Dans les cas délicats, l'expert devra analyser chacun de ces critères et s'appuyant autant que possible sur les données actuelles de la science ou sur des arguments statistiques auxquels il devra se référer :

-Si oui : l'enchainement des causes est certain et exclusif,
-Si non : les séquelles ne peuvent pas avoir pour origine le traumatisme,
-Si il y a un doute, il faut exprimer les arguments en faveur et en défaveur,
-La causalité peut être partielle, du fait d'un état antérieur pathologique ou d'accidents successifs.

I.6. L'état antérieur :

L'état antérieur est l'ensemble des tares constitutionnelles ou acquises de la victime, de ses infirmités, de ses maladies révélées existant **avant** un événement déterminé ou un fait litigieux. Il peut être anatomique (amputation...), physiopathologique (diabète …), psychique (névrose …) [8].

Les prédispositions ne sont pas un état antérieur. Ce ne sont que des potentialités (état pré-diabétique, terrain arthrosique...) dues à une constitution particulière du sujet.

Il faut décrire l'état antérieur.
La difficulté est de déterminer l'incapacité ou la capacité avant l'accident, par l'interrogatoire, les certificats et dossiers médicaux. Le médecin expert peut utiliser les avis spécialisés et examens complémentaires pour rechercher cet état antérieur.
La question cruciale est de savoir si l'état antérieur a été révélé ou s'il était connu avant le fait dommageable.

Le médecin doit apprécier si l'état antérieur entraînait une diminution des capacités physiques et psychiques avant l'accident.
Il doit définir la **relation de cause à effet** sous les trois modes :
- Évolution de l'état antérieur sans l'accident
- Évolution des séquelles propres de l'accident sans l'état antérieur

- Évolution de l'ensemble état antérieur / accident

Pour permettre l'analyse du retentissement de l'état antérieur sur les différents postes de préjudice.

Il peut y avoir deux types de situation distinctes :

Soit une prédisposition pathologique latente,

Soit une capacité antérieure réduite, c'est à dire une pathologie connue avec diagnostic de certitude et traitée.

L'interaction du dommage et de l'état antérieur peut se faire de différentes manières [10] :

Il y a **déclenchement** si l'état antérieur absent ou virtuel (simples prédispositions)

Il y a **décompensation** s'il existait des lésions avant l 'accident, mais elles étaient latentes cliniquement, mais le sujet menait une vie normale.

Il y a **aggravation** si l'état antérieur était patent, entraînant une vie anormale ou une invalidité.

Il y a **accélération** si l'état antérieur est patent et incurable et l 'évolution est inéluctable dans un avenir proche.

Dans ces 2 derniers cas, il faudra veiller à ne pas faire indemniser l'état antérieur au responsable.

II. LE MÉDECIN EXPERT JUDICIAIRE : [11]

II.1. Devenir expert :

Pour être médecin expert, il faut être Docteur en médecine.

Il existe des diplômes universitaires qui aident à acquérir des notions de droit, de médecine légale, d'expertise, et d'indemnisation :

- Le Diplôme Inter-Universitaire de Formation à l'Expertise Judiciaire est dispensé en Faculté de Médecine ;

- La formation « généraliste » commune nécessaire à la pratique de toute expertise judiciaire est effectuée par l'intermédiaire de séminaires.

- La formation pratique et spécialisée s'obtient par l'intermédiaire de stages auprès d'experts judiciaires près la Cour d'Appel.

Les conditions d'inscription sur les listes d'experts sont les suivantes [12]:

- n'avoir fait l'objet d'aucune condamnation pénale ni d'aucune sanction disciplinaire ou administrative pour des agissements contraires à l'honneur, à la probité ou aux bonnes mœurs ;
- ne pas avoir été frappé de faillite personnelle ;
- n'exercer aucune activité incompatible avec des missions judiciaires ;
- avoir exercé sa profession ou sa spécialité pendant un temps suffisant et dans des conditions ayant pu conférer une qualification suffisante ;
- être âgé de moins de 70 ans ;
- exercer sa profession dans l'espace géographique couvert par la Cour d'Appel, ou y avoir sa résidence si le praticien n'y exerce plus.

Tout d'abord, rappellons le rôle du médecin expert judiciaire :

La qualité de médecin généraliste expert recouvre des activités professionnelles bien différentes. Il ne sera pas fait mention du médecin de recours (aucun militaire des dossiers analysés n'y ayant fait appel), ou du médecin conseil d'assurances.

Il est bon de rappeler que l'institution militaire n'a pas d'assureur, elle est son propre assureur : elle indemnise à partir de ses fonds propres les dommages dont elle est responsable [13].

Le médecin expert judiciaire est « protégé » par la Loi n° 71-498 du 29 juin 1971 relative aux experts judiciaires et modifiée par la Loi n°2004-130 du 11 février 2004.

C'est un professionnel qualifié, auxiliaire occasionnel du juge dans le cadre des missions qui lui sont confiées par les différentes Juridictions françaises.

Il existe une liste nationale des experts judiciaires, dressée par le bureau de la Cour de cassation, et une liste des experts judiciaires dressée par chaque cour d'appel, établies pour l'information des juges.

Selon cette loi, les juges peuvent désigner pour procéder à des constatations, leur fournir une consultation ou réaliser une expertise, une personne figurant sur l'une des listes établies. Ils peuvent, le cas échéant, désigner toute autre personne de leur choix.

Les expertises en droit commun sont réalisées, autant pour les juridictions civiles que pénales, par des experts inscrits sur la liste établie par les cours d'appel et la cour de cassation.

Leur but est de donner aux magistrats un avis technique portant sur la nature et l'importance du préjudice patrimonial et extrapatrimonial consécutif aux faits motivant l'expertise.

L'expert devra quantifier ces différents préjudices: il aura aussi à apprécier la réalité des faits, ainsi que le lien de causalité les unissant aux préjudices éventuels. Il devra donc examiner précisément si les faits sont imputables ou non à la cause.

Ces expertises judiciaires obéissent à une procédure stricte et spécifique qui justifie une formation spécialisée et qui pose des problèmes particuliers de responsabilité et d'application du secret professionnel.

Ils doivent répondre à une mission précise qui leur est confiée par écrit par le magistrat dans le cadre de l'examen médico-légal de la victime.

L'expert judicaire, étant soumis au secret professionnel en tant que médecin, est aussi soumis au secret de l'instruction, ce principe interdit à toute personne mise en cause de communiquer avec des tiers sur le contenu du dossier examiné ou des entretiens réalisés devant le magistrat instructeur.

Dans leur rapport ne doivent être mentionnés que les faits ou antécédents directement en rapport avec la mission, sans jamais déborder du cadre qui leur est confié.

Sa compétence est faite de connaissances médicales dont on retiendra deux aspects principaux :

- la rigueur et l'exactitude de l'examen clinique,
- l'évolution rapide de la médecine exige une étude approfondie de l'évolution clinique des lésions,

de leurs liens de causalité avec l'accident, de leurs complications éventuelles et une appréciation correcte en recourant à l'avis de spécialistes (sapiteurs) concernés par certaines de ces lésions et dont il conviendra de faire la synthèse.

Ensuite, cette compétence sera faite de connaissances médicolégales et juridiques. C'est la connaissance des différentes législations, complexes et obéissent à des textes qu'il faut connaître : les exigences concernant le lien de causalité et l'appréciation d'un dommage diffèrent considérablement suivant qu'il s'agit d'une blessure de guerre ressortissant des pensions militaires, d'un accident du travail (loi sur les AT), d'un accident de la route (droit commun)...

Une législation n'est jamais totalement figée. Si un certain nombre de principes et de règles demeurent immuables, une évolution se fait en fonction de la jurisprudence et il appartiendra au médecin de se tenir au courant des principales tendances de cette évolution.

II.2. L'expert judiciaire et sa mission : [9 ; 14]

La mission, ce sont les questions posées à l'expert par un juge, un rédacteur de la société d'assurances. Les missions sont en principe prédéterminées en judiciaire, que cela soit pour :

- une recherche des causes de la mort (autopsie),
- des coups et blessures volontaires,
- un dommage corporel inhérent à un accident quelconque avec responsabilité d'un tiers (droit commun).

La mission concernant le dommage corporel évolue depuis plusieurs années en étendant et en précisant de plus en plus la qualification du dommage corporel.

Le choix de l'expert se fait par un juge, un tribunal, ou une Cour.

Sa mission est de donner son avis technique sur tous les points de la mission.

Il ne doit répondre qu'aux questions de la mission sous peine de violer le secret médical.

Il peut y avoir une possible extension de la mission sur décision du juge ou sur demande de l'expert acceptée par le juge.

Les juges doivent indiquer d'une manière très claire les points sur lesquels ils entendent faire porter l'expertise. L'expert doit être capable d'écarter toute demande qui n'entre pas dans le cadre de la mission.

Parfois, lorsque le magistrat rédige la mission, il n'a pas connaissance de toutes les données, notamment parce que les explications ou les dossiers des parties sont incomplets. Certaines difficultés vont donc apparaître ultérieurement, justifiant des investigations que le libellé de la mission ne permet pas. Dans ce cas, l'expert ou les conseils des parties pourront saisir le magistrat aux fins d'obtenir une extension de mission.

L'expert doit donner un avis, mais ne doit pas concilier les parties. Ses conclusions ne sont pas irréfragables, c'est à dire qu'elles ne sont pas irrévocables [15]

Exemple de mission proposée par les tribunaux :

Les missions actuellement utilisées reposent sur la nomenclature Dintilhac, et suivent, dans l'ensemble, la trame exposée en annexe 1 [16].

La saisine de l'expert se fait par notification de la mission à l'expert, qui accepte ou refuse la mission (selon le cas sans délai)

Il y a possibilité de consultation des pièces (fournies par les parties) au greffe avant de refuser ou accepter la mission.

L'expert peut être remplacé si refus de sa part (surcharge de travail, domaine hors de compétence, connaissance de la victime ou des parties...) ou si empêchement (maladie, décès, mutation professionnelle, manquement de l'expert à ses devoirs, récusation par une des parties (suspicion de partialité –parentés, intérêts, amitié ou inimitié notoire …))

L'expert doit accomplir personnellement la mission sous peine de sanctions et de radiation.

Il doit mentionner qui a participé en cas de sollicitation d'un collègue

Les avis sapiteurs

Le recours aux spécialistes est possible, mais uniquement dans une spécialité différente de celle de l'expert. Le choix est libre, son rapport est annexé au rapport définitif.

L'expert peut ne pas suivre les recommandations du sapiteur, mais en motivant bien ses raisons.

L'expert doit respecter les délais impartis, il peut faire une demande éventuelle de prolongation en motivant sa demande.

Les parties

Il s'agit d'un terme utilisé dans le cadre judiciaire, pour parler des différentes personnes physiques ou morales impliquées dans une affaire, un accident le plus souvent.

La victime est le *demandeur*, assistée parfois d'un avocat, d'un médecin conseil d'assurances, et/ou de son médecin traitant.

Le responsable est le *défendeur*, assisté parfois d'un avocat ou d'un médecin conseil d'assurances.

Le médecin expert et/ou un co-expert, assisté parfois d'un médecin de la sécurité sociale.

Les convocations des parties se font par lettre recommandée avec accusé de réception en laissant un délai de 2 à 3 semaines, parfois plus. Les avocats ou représentants sont notifiés par lettre simple.

S'il y a besoin d'une nouvelle réunion d'expertise, la convocation se fait par avis verbal des parties et avocats présents, par lettre simple pour les parties et avocats absents.

Le médecin de recours

Lors de la convocation, il faut préciser à la victime la possibilité de se faire assister par le médecin de son choix (spécialiste ou non).

Les personnes assistant à l'expertise médicale sont les personnes présentes lors de l'expertise : les parties, les avocats, les médecins (de recours, etc), les régleurs de dossier.

La victime peut s'opposer à la présence de toutes les parties lors de l'examen médical.

Les pièces médicales sont fournies par les parties lors de l'expertise, il faut restituer ces pièces après l'expertise si ce sont des originaux, on peut les faire figurer en annexe du rapport.

Lors de la convocation, il faut préciser à la victime la nécessité qui lui incombe de constituer son dossier médical ou de le rassembler … et de l'apporter lors de l'expertise

Si absence de venue de la victime, l'expert réalise une nouvelle convocation, et en cas de récidive, l'expert doit voir le magistrat sur la conduite à tenir par la suite, et rédiger un rapport de carence.

Le respect du contradictoire est une notion importante [17]:

Selon le Code Civil, *« nulle partie ne peut être jugée sans avoir été entendue ou appelée »* [18].

C'est le fait que toutes les parties présentes connaissent mutuellement leurs positions respectives et leurs arguments.

Les parties étant toutes convoquées, il leur appartient de se faire représenter, ce n'est pas le problème de l'expert.

Toutes les personnes présentes doivent se présenter (identité, partie représentée …).

En effet, le débat doit se dérouler entre les parties de façon équitable, à savoir :

- que l'expert ne peut convoquer le patient seul ou le praticien seul ;
- que tous les documents produits dans le conflit, à l'exception des documents originaux uniques (imagerie...), doivent être adressés à l'expert par l'intermédiaire des avocats qui doivent impérativement en envoyer copie à la partie adverse.

Le non-respect, par l'expert, du contradictoire, peut faire invalider l'expertise, même si par ailleurs le rapport est de qualité.

La participation à l'examen clinique est possible, selon les désirs de la victime.

En revanche, toutes les parties participent aux considérations médico-légales (avocats, médecins et victime).

Le dire est une remarque ou une demande énoncée par le médecin représentant une partie, assistant à l'expertise judiciaire ou à une contre-expertise privée.

En pratique, le dire est une note écrite, déposée par un avocat auprès de l'expert et adressé à toutes les parties. Le médecin expert doit l'accepter. L'expert est obligé non seulement de les inclure dans son rapport, mais également d'y répondre.

Le rapport :

Le praticien devra rendre compte de cette expertise par un rapport écrit avec des conclusions. Le médecin-expert n'est qu'un auxiliaire de la justice. Le juge prend acte de l'avis et prend une décision : ils sont maîtres des conclusions.

Le rapport d'expertise avec ses éléments constitutifs, sa discussion, sa conclusion, doit apparaître comme une photographie du blessé, qui permettra au juge de se faire une idée du dommage de l'individu compte tenu de sa propre connaissance juridique.

Le rapport d'expertise doit être réalisé avec une grande attention, parce qu'il sera lu par des personnes du domaine médical ou non. Il s'agit d'une véritable dissertation qui n'a rien à voir avec un certificat médical. La discussion et les conclusions seront étudiées de très près par l'avocat.

Certains éléments doivent apparaître clairement dans le rapport, comme les parties présentes, les dates diverses, les durées d'hospitalisation par exemple. Ces différents points parlent au juge. Compte tenu de son expérience et de ses connaissances juridiques, il peut se faire une idée personnelle des préjudices à indemniser. L'état d'un blessé s'évalue rapidement si le rapport est bien fait.

II.3. Le déroulement de l'expertise [7 ; 9]

Il nécessite accueil, patience, écoute et rigueur :

1) L'entretien :

Il commence par une introduction à l'expertise qui consiste à préciser [15] :

- l'identité de la personne à examiner ,
- le cadre de la mission : droit commun ; accident du travail ; pensions militaires...
- les médecins qui assistent à l'expertise, et préciser quelles compagnies d'assurance ils représentent,
- la mission, et à apporter éventuellement des précisions notamment en assurances contractuelles,
- si la personne a des remarques à présenter avant que ne commence vraiment l'expertise. C'est à ce moment que les « dires » sont présentés en général.

Puis l'interrogatoire recherche les conditions de vie avant le dommage, l'état antérieur, les antécédents (uniquement ceux pouvant intervenir avec les conséquences fonctionnelles et médicales de l'affaire médicolégale en cours).

Puis il recherche les circonstances du fait accidentel, (date, violence du choc, dégâts initiaux, lésions initiales...).

Les informations sur la prise en charge médicale sont recherchées, notamment la durée d'hospitalisation, la nécessité d'une prise en charge en réanimation ou chirurgicale (nombre d'interventions...), en centre de rééducation, les examens paracliniques, les immobilisations...

On recherche dans l'évolution la présence de complications, de séances de kinésithérapie, les

traitements médicamenteux, une prise en charge spécialisée (consultations) ainsi que les examens et soins prévus à l'avenir.

En ce qui concerne les interruptions d'activités, il est nécessaire de faire préciser les dates d'interruption et le genre d'activité qui a été envisagé ou interrompu.

Les doléances : Dans le domaine des doléances, une écoute neutre est d'abord nécessaire. Il est possible d'écourter les doléances pour les reprendre dans une façon plus ordonnée dans une autre partie de l'entretien.
Les questions au patient précisent ensuite les signes cliniques pour les rapporter à leur cause.

Les plaintes sont recherchées à l'interrogatoire : les plaintes actuelles, les douleurs (localisation, fréquence, durée, traitement…), les incapacités fonctionnelles ressenties, et le retentissement réel sur la vie personnelle/familiale/sexuelle/professionnelle/d'agrément.

En définitive, au cours de l'entretien, l'expert aura pu se faire une idée sur différents aspects de la personnalité du blessé (profil psychologique, réactivité en rapport avec le traumatisme, ou personnalité hypochondriaque par exemple).

2) Les pièces :

Ce sont généralement des documents fournis par la victime : dossier hospitalier du service des urgences (important pour l'état antérieur ou la mention de certaines parties du corps), certificat médical initial...
Qu'ils soient essentiellement ou partiellement médicaux, ils sont l'élément capital de l'expertise dans la plupart des cas et surtout dans les contre-expertises privées et les expertises judiciaires en appel. Ils authentifient en quelque sorte le traumatisme et les soins.

Le certificat médical initial est le cœur de l'expertise.
Il peut parfois être source de contestation en cas de lésion non citée : l'expert doit mentionner la lésion en indiquant qu'elle n'était pas portée sur le certificat initial. Naturellement, l'expert devra émettre une opinion critique sur cette lésion avant de la rapporter au traumatisme.
L'expert devra s'assurer qu'il s'agit vraiment d'un certificat de « première main ». La lecture du certificat initial doit être attentive et critique.

Enfin, ce certificat sera à rédiger au conditionnel, en rapportant les faits relatés par la victime.

Le certificat de consolidation :
La consolidation est définie arbitrairement par l'expert. Elle est la date à laquelle l'état ne peut ni s'améliorer ni s'aggraver. Ce certificat est surtout important pour le juge et le rédacteur d'assurance, qui, à partir de ce document, peuvent diligenter une expertise afin de clore le dossier.
L'expert n'est pas lié par ce certificat pour établir la date de consolidation médico-légale proprement dite.

Les certificats de soins ou d'accident de travail : Leur valeur essentielle est d'authentifier les soins et les interruptions de travail. L'expert peut et doit apporter une appréciation critique sur ces documents dans la limite définie par la déontologie. Il devra reporter strictement les dates de soins et d'arrêt dans son rapport.

Le courrier médical : En plus d'une valeur d'authentification des blessures, cela représente très souvent pour le médecin expert une source de renseignements techniques non négligeable.

Les dossiers médicaux d'hospitalisation : Le patient peut demander son entier dossier médical par écrit. Dans certains cas, le compte rendu chirurgical mentionne uniquement « intervention réalisée à l'habituel », et en matière de responsabilité médicale, l'expert peut parfois s'interroger sur ces pratiques « habituelles». Le blessé peut obtenir lui-même une photocopie des examens complémentaires pratiqués pendant son hospitalisation.

Les radiographies : Elles authentifient les lésions, ainsi que les soins et complications éventuelles.

Les photographies : antérieures à l'accident peuvent aider au diagnostic d'un état antérieur : Il est rare que des clichés post-traumatiques soient réalisés dans les jours qui suivent l'accident. Ces clichés peuvent être utiles pour compléter un certificat descriptif initial incomplet.

Toutes les pièces doivent être lues à haute voix et accessibles aux parties et mentionnées dans le rapport d'expertise, préférentiellement dans l'ordre chronologique.

Elles permettent une vérification des déclarations de la victime (examen paracliniques, prescriptions…)

3) L'examen clinique :

Il se fait donc éventuellement hors la présence des parties ou de leurs représentants, si la victime le désire. Le plus souvent, il se fait en présence des seuls médecins.

Il faut faire un compte-rendu immédiat de l'examen clinique aux personnes qui n'ont pas assisté à l'examen clinique.

Il doit être complet, comparatif avec le côté opposé, la victime doit être déshabillée (sauf sous-vêtements…).

L'expert doit regarder le déshabillage, l'habillage, les amplitudes vertébrales et articulaires spontanées. Toutes les régions lésées au cours des faits doivent être examinées même s'il n'y a pas de doléance.

Il faut que l'expert examine chaque lésion et privilégier la mobilisation active. En règle générale, il vaut mieux éviter les mobilisations passives et préciser qu'il ne s'agit que des mouvements effectués volontairement par la victime.

Les mensurations doivent être prises et comparatives avec le membre controlatéral.

Pour chaque cicatrice, l'expert doit préciser la localisation, la taille, la couleur, l'existence de rétractions... et faire la part des choses avec les cicatrices de l'état antérieur parfois « oublié »

(importance du dossier médical initial hospitalier).

Tous les appareils doivent être examinés afin de dresser un bilan fonctionnel global.

Si l'expert prescrit des examens paracliniques, ce ne doit pas être des examens invasifs. Il doit obtenir le consentement éclairé de la victime, éventuellement demander un avis sapiteur quant à cette prescription.

En terme de considérations médico-légales,

Toutes les parties doivent être convoquées à chaque réunion d'expertise et l'expert ne doit pas faire les conclusions si l'équilibre des parties n'est pas respecté, ni conclure en l'absence de la victime.

Il ne s'agit pas de faire une médiation mais l'idéal est que toutes les parties soient d'accord avec les conclusions de l'expert.

Il est préférable de donner ses conclusions après avoir entendu toutes les parties et avoir consigné les éléments de discussion de chaque partie.

La rédaction du rapport médical

Le rapport comporte les données administratives du médecin, le rappel de la mission, les données administratives de la victime, les déclarations de la victime et l'agencement chronologique de toutes les pièces, l'exposé des plaintes, l'examen clinique complet, ainsi que la discussion médicale (rappel succinct et télégraphique des éléments importants).

Tous les éléments doivent être expliqués et motivés dès lors qu'il peut y avoir une discussion, l'expert peut au besoin utiliser des références bibliographiques (notamment pour l'imputabilité …)

Il faut expliquer si possible les conclusions médico-légales à la victime.

Le dépôt du rapport se fait au secrétariat de la juridiction.

Les conclusions en expertise judiciaire sont résumées en annexe 4.

Les parties peuvent formuler des observations orales qui doivent être retranscrites ou écrites qui doivent être annexées : dans tous les cas, l'expert doit y répondre, sauf si la question sort de la mission initiale.

II.4. La déontologie du médecin-expert : [19]

L'expert doit être objectif, libre, et impartial, et se récuser si incompétent pour la mission ou si proche d'une partie

L'article 24 du code de déontologie précise que le médecin ne doit avoir de comportement fautif permettant des avantages matériels illicites que pourrait lui procurer son exercice.

L'expert doit posséder des connaissances juridiques et procédurales :

– respect du contradictoire au civil,

– importance de l ’accueil (bienveillant, neutralité, respect...)

– nécessité d ’informations éclairées (Art 84 du CD:« *le médecin expert avant d ’entreprendre toute opération d ’expertise, doit informer de sa mission la personne qu’il va examiner »)*

– respect du secret professionnel (art 244 et 245 du CPC : L'expertise n'est pas publique, les documents médicaux s'obtiennent via la victime ou avec son autorisation, ne mentionner que les informations en rapport avec le traumatisme, notamment dans les antécédents, ne mentionner que les informations légalement recueillies.)

– connaître les droits de la victime : la victime doit fournir les pièces demandées, doit pouvoir choisir librement l ’avocat ou le médecin qui l ’assisteront tout au long de la procédure, elle a droit à l’assistance d ’un médecin de recours (loi Badinter).

Le code de déontologie :

L'article 4 définit le secret médical.

L'article 105 définit qu'on ne peut être médecin expert et médecin traitant et on ne peut accepter une expertise mettant en jeu ses intérêts ou intérêts de ses connaissances (amis, confrères…).

L’article 106 indique que l’expert doit s’estimer compétent pour la mission

L’article 107 indique l’ obligation d ’informer du cadre de l ’expertise.

L’article 108 indique que l’expert ne doit répondre qu ’aux questions posées et il doit attester avoir rempli personnellement sa mission, et en judiciaire il doit rajouter la mention « *en honneur et conscience ».*

Au total, le médecin doit être compétent sur le plan médical et sur le plan juridique, il engage sa responsabilité.

Il doit impérativement respecter le secret professionnel, c'est-à-dire ne répondre qu’aux questions de la mission et être prudent quant à la transmission des documents médicaux.

II.5. L’aspect thérapeutique de l’expertise :[6 ; 8]

L’expertise est la clé de voûte du processus d’indemnisation, elle doit respecter les procédures, la personne examinée, elle ne doit pas ajouter de la violence au dommage.

Le principe de contradiction est le garant du respect de la personne.

La reprise de l’histoire du sujet et du dommage, avec une écoute bienveillante participe au processus de réparation psychique, qui va au-delà de la réparation pécuniaire.

Bien menée, l’expertise apporte reconnaissance, considération, juste réparation. Elle restaure la dignité de la victime.

Pour cette dernière, l’expert est symboliquement le représentant d’une société qui l’a agressée et celui qui va lui permettre de « se venger »/d’être indemnisée.

III. LE RAPPORT ET LA NOMENCLATURE DINTHILAC : [11 ; 21 ; 22]

Il sera principalement évoqué la nouvelle nomenclature du droit Commun issue du rapport Dintilhac de 2006, aucune expertise n'ayant été réalisée avec l'ancienne nomenclature.

Dans l'ancienne nomenclature en droit commun, la victime d'un accident à l'origine d'un dommage corporel engageant la responsabilité d'un tiers pouvait exiger de celui-ci, ou le plus souvent de son assureur, le remboursement, preuves à l'appui, de tous les frais, passés ou futurs, engagés à cause de l'accident, c'est-à-dire :

- La perte des revenus engendrée par l'arrêt total ou partiel des activités rémunérées, et/ou la prise en charge des frais inhérents à la perte d'autonomie pendant cette même période,
- Les frais médicaux engagés pour pallier les handicaps dus aux séquelles majeures,
- Les frais médicaux pour traiter les lésions traumatiques et leurs répercussions, jusqu'à ce qu'elles soient guéries ou consolidées,
- Les frais médicaux qui devront être dispensés après la stabilisation des séquelles s'ils sont indispensables pour permettre la stabilisation de l'état séquellaire ;
- L'indemnisation des souffrances endurées, d'un éventuel dommage esthétique ou sexuel, d'une éventuelle diminution définitive de son potentiel physiologique ainsi que les répercussions que cela peut avoir sur certaines activités spécifiques ;
- La compensation d'un éventuel préjudice économique engendré par l'impossibilité de poursuivre ou d'obtenir une activité rémunérée, ou par des difficultés à l'exercer pleinement.

Cette ancienne nomenclature avait ses limites : la réparation du dommage corporel, et en particulier des déficits cognitifs, se faisait essentiellement en référence à ces 9 postes de préjudice principaux et en particulier aux classiques ITT (incapacité temporaire totale) et IPP (incapacité permanente partielle).

Les objectifs donnés en novembre 2004 par la Secrétaire d'Etat aux droits des victimes au groupe de travail présidé par M. Jean-Pierre Dintilhac étaient précis : établir une nomenclature des chefs de préjudice corporel cohérente, reposant sur une distinction claire entre les préjudices économiques et non-économiques et abandonner ainsi les concepts ambivalents d'IPP et d'ITT.

III.1. Le rapport Dintilhac :

A la suite de l'adoption, par le Conseil des Ministres du 29 septembre 2004, du programme d'action présenté par la secrétaire d'Etat aux droits des victimes intitulé : « Le droit des victimes de préjudices corporels à une juste indemnisation », a été constitué, au sein de la Cour de cassation, un groupe de travail placé sous la direction du président de la 2ème chambre civile de l'époque, Monsieur Jean-Pierre Dintilhac.

Le rapport de synthèse a été remis en juillet 2005, il proposait l'adoption d'une nomenclature détaillée des préjudices, élaborée dans le but de permettre l'harmonisation des méthodes d'indemnisation dans le cadre des différents régimes de réparation existants dans le domaine du dommage corporel.

En proposant une classification méthodique des préjudices corporels, inspirée de la pratique et de la jurisprudence, elle devait garantir un traitement égalitaire des victimes par la transparence des

postes soumis à l'indemnisation et, ainsi, en favorisant la prévisibilité de l'indemnisation, renforcer une forme de sécurité juridique.

La nouvelle nomenclature est révolutionnaire dans sa sémantique puisqu'elle consacre définitivement la disparition des sigles « ITT » (incapacité temporaire de travail) et « IPP » (incapacité permanente partielle) dont il est relevé, à juste titre, que l'ambiguïté est à l'origine de la confusion actuelle sur la nature des postes de préjudice.

La notion d'IPP prend sa source dans le régime d'indemnisation des accidents du travail du XIXème siècle, il existait alors une corrélation entre l'incapacité fonctionnelle et le préjudice économique étant donné que l'activité était essentiellement manuelle. Faute de règle, le postulat a été utilisé pour indemniser les accidents de droit commun et l'IPP était utilisée pour l'incapacité physiologique et les pertes de revenus. Ce postulat est faux de nos jours.
L'article 25 de la loi du 21/12/2006 réorganise le recours subrogatoire des tiers payeurs, il insiste sur le principe du recours poste par poste et les tiers payeurs effectuent leur recours que sur les postes qu'ils ont pris en charge, sont excluent les préjudices personnels, entre autre l'incapacité physiologique sauf s'ils les ont indemnisés.

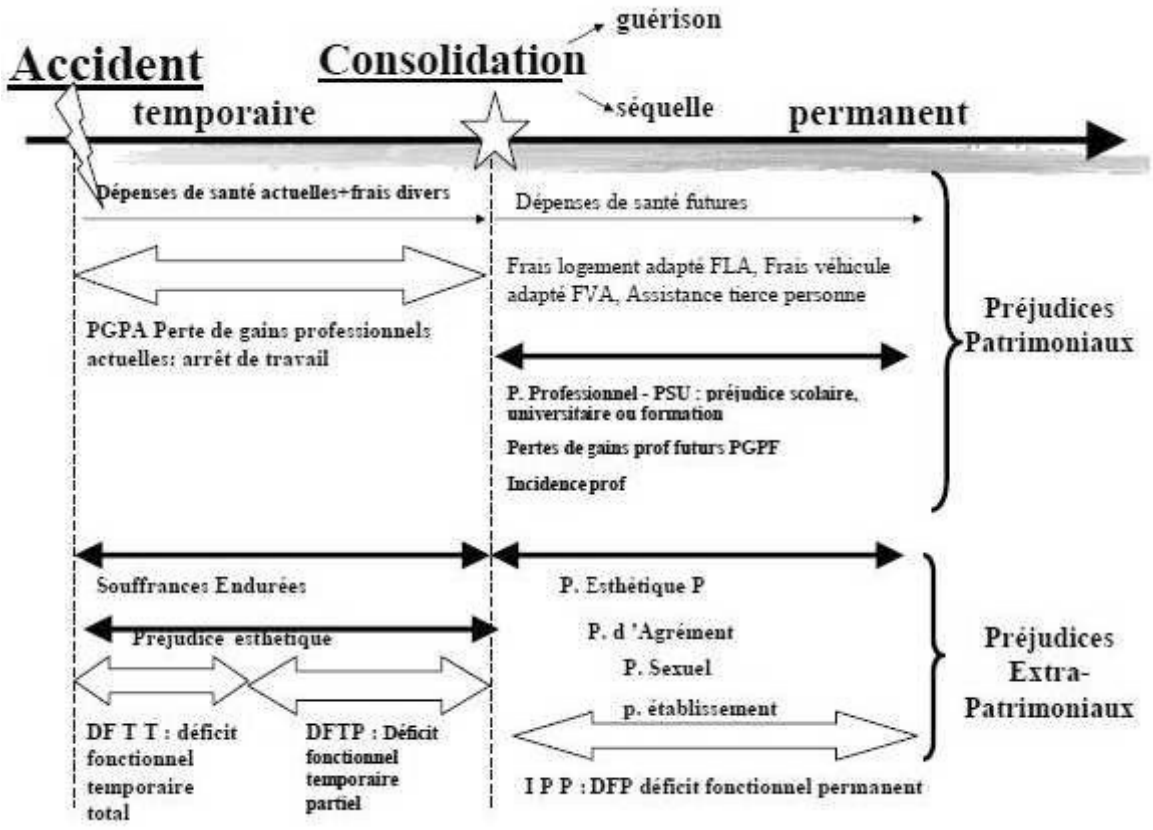

Figure 1 : Les préjudices selon la nomenclature Dintilhac

III.2. Les préjudices patrimoniaux :

Le préjudice patrimonial est celui qui a des conséquences économiques spécifiques car il est afférent à la personne physique dans la capacité d'obtenir des gains. Il est la conséquence logique du dommage physique ou physiologique.

Préjudices patrimoniaux temporaires (avant consolidation) :

- Dépenses de santé actuelles (D.S.A.)
- Frais divers (F.D.)
- Pertes de gains professionnels actuels (P.G.P.A.)

Préjudices patrimoniaux permanents (après consolidation) :

- Dépenses de santé futures (D.S.F.)
- Frais de logement adapté (F.L.A.)
- Frais de véhicule adapté (F.V.A.)
- Assistance par tierce personne (A.T.P.)
- Pertes de gains professionnels futurs (P.G.P.F.)
- Incidence professionnelle (I.P.)
- Préjudice scolaire, universitaire ou de formation (P.S.U.)

Les préjudices patrimoniaux temporaires regroupent :

-Les **dépenses de santé actuelles** qui correspondent aux frais hospitaliers, frais médicaux, para médicaux... mais également les frais pharmaceutiques.

Il s'agit d'indemniser la victime directe du dommage corporel de l'ensemble de ces frais, le paiement de la plupart de ces dépenses étant habituellement pris en charge par les organismes sociaux.

Il s'agit ici de prendre en compte tous les frais susceptibles d'être exposés par la victime directe avant la date de consolidation de ses blessures. Ce poste de préjudice est donc de nature temporaire.

Il concerne notamment les honoraires que la victime a été contrainte de débourser auprès de médecins (spécialistes ou non) pour se faire conseiller et assister à l'occasion de l'expertise médicale la concernant.

-Les **frais divers** désignent tous les frais engendrés par les blessures et non remboursés par la sécurité sociale, par exemple les dépassements d'honoraires de médecins, les frais de transport, les frais de garde à domicile des enfants, la tierce personne... = les dépenses destinées à compenser des activités non professionnelles particulières qui ne peuvent être assumées par la victime directe durant sa maladie traumatique.

-La **perte de gains professionnels actuels** correspond à la répercussion du dommage sur la sphère professionnelle. Il s'agit là de compenser une invalidité temporaire spécifique qui concerne

uniquement les répercussions du dommage sur la sphère professionnelle de la victime jusqu'à sa consolidation.

La **consolidation** est la date à partir de laquelle l'état séquellaire est stabilisé, aucun traitement ne peut l'améliorer.

Elle est généralement définie comme le *« moment où les lésions se fixent et prennent un caractère permanent, tel qu'un traitement n'est plus nécessaire, si ce n'est pour éviter une aggravation, et qu'il est possible d'apprécier un certain degré d'incapacité permanente réalisant un préjudice définitif ».*

La consolidation correspond à la fin de la maladie traumatique, c'est-à-dire à la date fixée par l'expert médical, de stabilisation des conséquences des lésions organiques et physiologiques. Cette date marque la frontière entre les préjudices à caractère temporaire et ceux à caractère définitif. [23]

Après cette date de consolidation, ce sont les <u>préjudices patrimoniaux permanents</u> :

-Les **dépenses de santé futures** sont les frais engendrés par les séquelles : continus ou occasionnels mais répétitifs, médicalement prévisibles (médicaments, prothèses...).

-Les **frais de logement adapté** sont pour les gros préjudices, frais d'adaptation de la maison (si pas déjà faite dans le temporaire), acquisition d'un domicile plus adapté (prise en charge du surcoût), frais de déménagement, frais d'un foyer ou maison médicalisée.

Ces dépenses concernent les frais que doit débourser la victime directe à la suite du dommage pour adapter son logement à son handicap et bénéficier ainsi d'un habitat en adéquation avec ce handicap.

Ce poste de préjudice inclut non seulement l'aménagement du domicile préexistant, mais éventuellement celui découlant de l'acquisition d'un domicile mieux adapté prenant en compte le surcoût financier engendré par cette acquisition.

En outre, il est possible d'inclure au titre de l'indemnisation de ce poste de préjudice, les frais de déménagement et d'emménagement, ainsi que ceux liés à un surcoût de loyer pour un logement plus grand découlant des difficultés de mobilité de la victime devenue handicapée.

Enfin, ce poste intègre également les frais de structure nécessaires pour que la victime handicapée puisse disposer d'un autre lieu de vie extérieur à son logement habituel de type foyer ou maison médicalisée.

-Les **frais de véhicule adapté** peuvent être l'adaptation du véhicule au handicap ainsi que le surcoût pour l'entretien ou l'achat.

En outre, ce poste doit inclure non seulement les dépenses liées à l'adaptation d'un véhicule, mais aussi le surcoût d'achat d'un véhicule susceptible d'être adapté.

Enfin, il est également possible d'assimiler à ces frais d'adaptation du véhicule les surcoût en frais de transport rendus nécessaires à la victime en raison de ses difficultés d'accessibilités aux transports en commun survenues depuis le dommage.

-L'**assistance par tierce personne** désigne la tierce personne nécessaire pour les actes de la vie quotidienne, l'assistance, la sécurité et la surveillance de la victime. Elle vise à restaurer sa dignité, à suppléer à sa perte d'autonomie.

-La **perte de gains professionnels futurs** désigne la perte ou diminution des revenus consécutive aux séquelles, la perte de l'emploi, ou un emploi repris à temps partiel.

Il s'agit d'indemniser la victime de la perte ou de la diminution de ses revenus consécutive à l'incapacité permanente à laquelle elle est désormais confrontée dans la sphère professionnelle à la suite du dommage.

Il s'agit d'indemniser une invalidité spécifique partielle ou totale qui entraîne une perte ou une diminution directe de ses revenus professionnels futurs à compter de la date de consolidation.

-L'**incidence professionnelle** :

Ce poste d'indemnisation vient compléter celle déjà obtenue par la victime au titre du poste « Pertes de gains professionnels futurs » susmentionné sans pour autant aboutir à une double indemnisation du même préjudice.

Cette incidence professionnelle à caractère définitif a pour objet d'indemniser non la perte de revenus liés à l'invalidité permanente de la victime, mais les incidences périphériques du dommage touchant la sphère professionnelle comme le préjudice subi par la victime en raison de sa dévalorisation sur le marché du travail, de sa perte d'une chance professionnelle, ou de l'augmentation de la pénibilité de l'emploi qu'elle occupe imputable au dommage, ou encore du préjudice subi qui a trait à sa nécessité de devoir abandonner la profession qu'elle exerçait avant le dommage au profit d'une autre qu'elle a dû choisir en raison de la survenance de son handicap.

Il convient, en outre, de ranger dans ce poste de préjudice les frais de reclassement professionnel, de formation ou de changement de poste assumés par la sécurité sociale et/ou par la victime elle-même qui sont souvent oubliés, alors qu'ils concernent des sommes importantes.

Il s'agit des frais déboursés par l'organisme social et/ou par la victime elle-même immédiatement après que la consolidation de la victime est acquise afin qu'elle puisse retrouver une activité professionnelle adaptée une fois sa consolidation achevée : elle peut prendre la forme d'un stage de reconversion ou d'une formation.

-pour les enfants, il s'agit du **préjudice scolaire**, universitaire ou de formation : la perte d'année (s) d'étude, un retard de formation, une modification d'orientation …

III.3. Les préjudices extrapatrimoniaux = les préjudices personnels :

Définition : Ce sont les préjudices personnels ou annexes, afférents à la personnalité, qui n 'ont pas de conséquence sur la capacité de gain, mais sur les conditions de l'existence.

Préjudices extrapatrimoniaux

Préjudices extrapatrimoniaux temporaires (avant consolidation) :

- Déficit fonctionnel temporaire (D.F.T.)
- Souffrances endurées (S.E.)
- Préjudice esthétique temporaire (P.E.T.)

Préjudices extrapatrimoniaux permanents (après consolidation) :

- Déficit fonctionnel permanent (D.F.P.)
- Préjudice d'agrément (P.A.)
- Préjudice esthétique permanent (P.E.P.)
- Préjudice sexuel (P.S.)
- Préjudice d'établissement (P.E.)
- Préjudices permanents exceptionnels (P.P.E.)

Les préjudices extrapatrimoniaux temporaires regroupent :

Le **déficit fonctionnel temporaire** :

Ce poste de préjudice cherche à indemniser l'invalidité subie par la victime dans sa sphère personnelle pendant la phase traumatique, c'est-à-dire jusqu'à sa consolidation.

Cette invalidité, par nature temporaire, est dégagée de toute incidence sur la rémunération professionnelle de la victime, laquelle est d'ailleurs déjà réparée au titre du poste « Pertes de gains professionnels actuels ».

A l'inverse, elle va traduire l'incapacité fonctionnelle totale ou partielle que va subir la victime jusqu'à sa consolidation. Elle correspond aux périodes d'hospitalisation de la victime, mais aussi à la « perte de qualité de vie et à celle des joies usuelles de la vie courante » que rencontre la victime pendant la maladie traumatique.

Les **souffrances endurées** :

Elles représentent les douleurs subies entre la date de l'accident et la date de consolidation.

Il doit prendre en considération les douleurs physiques mais également les douleurs morales (psychologiques).

Les éléments à prendre en considération sont :

- La gravité du traumatisme.
- la durée d'hospitalisation, la durée de l'immobilisation.
- les examens para cliniques, Les avis et consultations spécialisées, la nécessité de traitements antalgiques, les autres traitements, les déplacements pour la rééducation, consultations ...

-la prise en charge psychologique, la durée de la rééducation, la durée de l'arrêt de travail justifié, le retentissement psychologique, la personnalité.

-Le retentissement sur la vie quotidienne.

Le « barème » utilisé est une cotation numérique de 0,5/7 à 7/7 :

Quelques exemples, basés sur la grille indicative d'évaluation destinée aux médecins experts de la FFAMCE et SFML, sont en annexe 2.

Le **préjudice esthétique temporaire** est pour l'atteinte esthétique pendant l'évolution qui va être améliorée après chirurgie esthétique, ou pour atteinte esthétique grave pendant l'évolution (type grand brûlé, traumatisé de la face).

Les <u>préjudices extrapatrimoniaux permanents</u> regroupent :

Le **déficit fonctionnel permanent** désigne les répercussions fonctionnelles des séquelles, les douleurs résiduelles, les troubles dans les conditions d'existences.

- C'est le dommage définitif qui persiste, constitue une diminution des possibilités de l'individu, après la date de de consolidation médico-légale, il représente le retentissement fonctionnel d'une infirmité.
- Le DFP ne doit pas tenir compte de l'activité professionnelle de la victime
- L'expert doit donc évaluer un taux global résultant de l 'ensemble des séquelles. Il en est déduit la capacité résiduelle globale.
- Le taux fixé en droit commun n'est susceptible de révision qu'en cas d'aggravation.
- Il s'agit de réparer les incidences du dommage qui touchent exclusivement à la sphère personnelle de la victime. Il convient d'indemniser à ce titre, non seulement les atteintes aux fonctions physiologiques de la victime, mais aussi la douleur permanente qu'elle ressent, la perte de la qualité de vie dans les conditions d'existence qu'elle rencontre au quotidien après sa consolidation.

Le préjudice d'agrément [24] est l'atteinte aux satisfactions et aux plaisirs de la vie, du fait des séquelles, soit dans la pratique de certains sports, soit dans la pratique de certains loisirs, qu'ils soient culturels, mondains ou sociaux.

Il est différent du déficit fonctionnel permanent dans le sens qu'il a un objet spécifique en ce qu'il porte sur la privation d'une activité déterminée de loisirs.

C'est donc la privation des activités de loisirs et de distraction réservées à un homme ou une femme « normal ».

Il en résulte que la victime n'a pas à justifier qu'avant l'accident elle se livrait à des activités sportives ou de distraction autres que celles de la vie courante.

D'après la Cour d 'Appel de Paris (1977), il s'agit de la *« diminution des plaisirs de la vie, causée notamment par l'impossibilité ou la difficulté de se livrer à certaines activités normales d'agrément».*

Puis pour la Cour de Cassation (1985), ce préjudice résulte de *« la privation des agréments d'une vie normale »* --> le préjudice d'agrément ne résulte pas seulement de l 'impossibilité de continuer à se livrer à une activité de loisir déterminée.

En conséquence, le médecin ne doit donc pas vérifier si la victime pratiquait réellement ces activités de loisirs (sport …), il doit en revanche indiquer si les séquelles fonctionnelles représentent une gêne à la pratique de ces activités (gêne temporaire ou définitive).

Ce préjudice est indépendant du sexe, du niveau social, du niveau économique, et du fait que la victime ait ou non conscience de ce préjudice (les démences, les personnes comateuses ...).

Il est de surcroît suffisant pour le tribunal de constater le préjudice pour le réparer.

Le préjudice esthétique permanent est relatif aux séquelles disgracieuses. Il est surtout en relation avec les régions dites « découvertes », exposées au regard : il correspond à la « souffrance morale due au regard des autres ».

Il représente une atteinte de la personne de nature à enlaidir la victime et les souffrances éprouvées par une victime à la suite d'une disgrâce physique.

Les éléments à prendre en compte sont les cicatrices (nombre, mensurations, localisation...), les modifications morphologiques (perte de substance, d'organe (oreille, oeil …), de membre, prothèse, fauteuil roulant...).

Le médecin expert n'est pas obligé de prendre des photographies et le magistrat se fie aux conclusions de l'expert.

Le barème d'évaluation est une cotation de 0,5/7 à 7/7.

L'expert doit décrire les séquelles esthétiques et préciser les incidences professionnelles.

Si des lésions disgracieuses peuvent entraîner des conséquences fonctionnelles (cicatrice faciale qui limite l'ouverture buccale …), elles sont prises en compte dans le taux du DFP

Quelques exemples, basés sur la grille indicative du barème d'évaluation médico-légal, sont en annexe 3.

Le préjudice sexuel représente les troubles engendrés par une lésion, gênant ou limitant la vie génitale (atteinte neurologique ou psychologique).

Les troubles de la sexualité entraînent des désordres dans le fonctionnement de la personne et dans sa relation au monde, mais qui doivent être intégrés dans le taux de DFP.

La jurisprudence dit précisément que l'atteinte de la fonction sexuelle représente un préjudice personnel, distinct du DFP.

Cette demande, non systématique, fait partie de certaines missions : paraplégiques, tétraplégiques, traumatismes génitaux chez une personne ayant des antécédents locaux…

Trois aspects sont à prendre en considération :

- Le préjudice morphologique lié à l'atteinte des organes sexuels.
- Le préjudice lié à l'acte : perte de la libido, de la capacité physique…
- le préjudice lié à l'impossibilité ou la difficulté à procréer.

Les différentes lésions possibles peuvent être les lésions traumatiques directes/indirectes des OGE, mais aussi les lésions neurologiques, psychologiques...

Le préjudice d'établissement représente la perte de possibilité de réaliser un projet de vie familiale « normale » en raison de la gravité du handicap : Se marier, fonder une famille, élever des enfants, et plus généralement des bouleversements dans les projets de vie de la victime qui l'obligent à effectuer certaines renonciations sur le plan familial.

Le préjudice permanent exceptionnel : Il existe des préjudices atypiques qui sont directement liés aux handicaps permanents dont reste atteint la victime après sa consolidation et dont elle peut légitimement souhaiter obtenir une réparation.

Ainsi, il existe des préjudices extra-patrimoniaux permanents qui prennent une résonance toute particulière, soit en raison de la nature des victimes, soit en raison des circonstances ou de la nature de l'accident (attentat, viols…) à l'origine du dommage.

Le rapport Dintilhac cite l'exemple du japonais victime d'un dommage vertébral en France et incapable par la suite de s'incliner, signe d'extrême impolitesse dans sa culture… .

Préjudices évolutifs extra-patrimoniaux (hors consolidation) :

Les préjudices liés à des pathologies évolutives :

Il s'agit d'un poste de préjudice qui concerne toutes les pathologies évolutives : Il s'agit notamment des maladies incurables susceptibles d'évoluer et dont le risque d'évolution constitue en lui-même un chef de préjudice distinct qui doit être indemnisé en tant que tel.

C'est un chef de préjudice qui existe en dehors de toute consolidation des blessures, puisqu'il se présente pendant et après la maladie traumatique. Tel est le cas du préjudice lié à la contamination d'une personne par le virus de l'hépatite C, celui du V.I.H, la maladie de Creutzfeldt-Jakob ou l'amiante…

Il s'agit d'indemniser « le préjudice résultant pour une victime de la connaissance de sa contamination par un agent exogène, quelle que soit sa nature (biologique, physique ou chimique), qui comporte le risque d'apparition à plus ou moins brève échéance, d'une pathologie mettant en jeu le pronostic vital ».

Il existe également les préjudices par RICOCHET en cas de décès de la victime pour les victimes indirectes,

divisés en préjudices patrimoniaux (frais d'obsèques, pertes de revenus des proches, frais divers des proches) et extrapatrimoniaux (préjudice d'accompagnement [qui répare les troubles dans les conditions d'existence d'un proche qui assiste la victime.], préjudice d'affection [qui répare la douleur des proches, provoquée par la perte d'un être cher]) [25]

mais également ces préjudices en cas de survie de la victime, patrimoniaux (pertes de revenus des proches, frais divers des proches) et extrapatrimoniaux (préjudice d'affection, préjudice extra-patrimoniaux exceptionnels).

Les principales nouveautés du rapport Dintilhac qui sont intéressantes restent :

- Le préjudice esthétique temporaire (PET)
- Le déficit fonctionnel temporaire (DFT)
- Le déficit fonctionnel permanent (DFP)

La nomenclature Dintilhac a, non seulement, recensé et ordonnancé des préjudices corporels que la

jurisprudence avait peu à peu isolés, mais elle leur a aussi donné un éclat nouveau : dès lors que ces dommages existent, il est normal que les contours de ces postes de préjudice soient dessinés avec précision. Pour beaucoup de victimes, c'est moins là une question d'argent que de compréhension, de reconnaissance, de considération.

Issu de la jurisprudence, la nomenclature Dintilhac va et doit encore évoluer avec la jurisprudence : le droit de la réparation du préjudice corporel demeure, par nature, évolutif et surtout, extraordinairement subjectif, aucun dossier ne ressemblant exactement à aucun autre. [26]

IV. LA NOTION DE BARÈMES :

Un barème d 'invalidité est un recueil de compte, établi sur le plan médical et médicolégal, donnant selon la gravité des séquelles présentées par un individu donné, un chiffre en pourcentage de l'incapacité permanente (IPP) maintenant déficit fonctionnel permanent (DFP)

C'est un guide méthodologique.

L'utilisation des barèmes a un caractère arbitraire, dépend de la compétence de l'expert, et se base sur un rapport descriptif des lésions, des incapacités fonctionnelles ou des déficiences.

Le but est d'harmoniser les pratiques expertales, de permettre une évaluation médico-légale uniforme du dommage corporel, et ainsi permet au régleur ou au juge de traiter de façon égalitaire les victimes pour l'évaluation pécuniaire des préjudices qui résultent du traumatisme.

Le 1er barème mis en place fut le code des pensions militaires et des victimes de guerre (CPMIVG),

Puis en 1959 est né le principe d'un barème en droit commun, actuellement à sa 7ème édition en 2003 [27].

Chaque barème obéit à sa propre logique, par exemple :

– attribution d'un taux de déficiences des différentes parties du corps, dans le cas des pensions militaires.

– attribution d'un taux d'iincapacité fonctionnelle avec notion de capacité restante, dans le cas du droit commun.

Les différents régimes n'ont pas la même finalité :

– pour les anciens combattants et pour le droit commun, il s'agit d'une prise en compte de la perte de revenu que peut induire les lésions, mais également différents préjudices que la collectivité s'engage à réparer,

– mais, par exemple, en matière d'AT ou MP, il s'agit compenser un préjudice physiologique et un préjudice professionnel,

– ou encore, pour la CDAPH, il s'agit de compenser une perte de capacité et de garantir un minimum financier.

Le barème militaire est représenté par le guide-barème des invalidités applicable au titre des

pensions militaires et des victimes de guerre [28 ; 29].

Toute personne qui, en temps de paix ou de guerre, a subi une blessure ou contracté une maladie, imputable à un fait de service ou de guerre, a droit à une pension proportionnelle à l'invalidité fonctionnelle liée aux séquelles de cette blessure ou maladie et à son grade.

En conséquence, la réparation forfaitaire est basée sur le taux d'invalidité physiologique ou fonctionnelle, le grade de l'intéressé, qui a possibilité de contestation.

Ce guide barème est constitué de 3 barèmes successifs (1887, 1915, 1919), il est impératif pour les amputations et exérèses et indicatif dans les autre cas.

L'évaluation est faite sur le barème le plus favorable, il y a révision en cas d'aggravation, et possibilité de taux supérieurs à 100%.

Les règles de Balthazar, des suffixes et des degrés de surpension seront développés dans le chapitre consacré aux pensions militaires d'invalidité.

Le barème du concours médical est celui appliqué en droit commun [23].

Son principe est que la capacité physiologique est la somme des possibilités physiques, psychiques et intellectuelles d'un sujet. Sa réduction se traduit par un pourcentage d'incapacité fonctionnelle. Le DFP est la traduction d'un déficit fonctionnel. Pour les gros handicaps, il introduit la notion de capacité restante.

C'est un barème indicatif, il prend en compte l'amélioration prévisible des lésions, la révision est possible mais uniquement en aggravation (autorité de la chose jugée).

Le groupe Dintilhac a évité d'établir une corrélation entre son projet et les différents barèmes, le plus utilisé est le barème du concours médical, il existe également le guide barème européen d'évaluation médicale des atteintes à l'intégrité physique et psychique et l'évaluation médico-légale des incapacités en droit commun proposé par la société de médecine légale et criminologie de France, l'expert n'est pas astreint à utiliser le barème du concours médical, sauf si c'est précisé dans sa mission.

V. LES PENSIONS MILITAIRES D'INVALIDITÉ, LE CPMIVG :

V.1. Historique :

Le régime d'invalidité des militaires trouve ses racines jusque dans l'Antiquité (soins gratuits apportés aux combattants de la Grèce antique), en faisant le plus ancien régime d'indemnisation du dommage corporel [30 ; 31 ; 32].

Le principe du droit à pension d'invalidité pour les Soldats a été posé dès 1534, par Francois 1er.

L'Hôtel des Invalides (pour les infirmes militaires) fut fondé par Louis XIV en 1670, puis le 22 décembre 1676, une Ordonnance Royale établit un élément juridique pour l'attribution des pensions.

Une étape essentielle remonte à la Révolution de 1789, où l'Assemblée constituante, par la loi du 2 aout 1790, a confirmé et maintenu les dispositions précédemment en vigueur tout *« en érigeant en dette de reconnaissance de la nation les pensions versées aux militaires victimes d'infirmités consécutives aux guerres. Cependant, malgré les dispositions favorables du décret du 22 aout 1790 concernant les pensions, gratifications et autres récompenses nationales, l'état des finances publiques n'a pas permis d'en assurer l'exécution intégrale ».*

Cette étape, posant les bases du droit en réparation des invalidités militaires rend compte que ce principe généreux d'indemnisation, de prise en charge, de réparation des infirmités consécutives aux blessures acquises au service de l'Etat, se heurte malheureusement à une logique budgétaire qui a empêché sa réalisation.

L'Etat assure la charge de ce principe et en prévoit le budget dans la loi annuelle de finances.

La loi du 11 avril 1831 et celle du 18 avril, pour l'Armée de mer, promulguées par Louis Philippe traitaient en partie *« des pensions de retraite pour causes de blessures et d'infirmités ».*

L'étape suivante est celle liée à la première puis la seconde guerre mondiale.

1,1 millions d'invalides et 390.000 mutilés sont ainsi référencés à l'issue de la guerre de 1914-18. L'esprit de solidarité nationale, la situation du marché du travail (recherche de main-d'oeuvre), et la pression des sociétés d'anciens combattants amèneront à un consensus où la République témoigne *« sa reconnaissance à ceux qui ont assuré le salut de la patrie »* qui restera en ces termes l'article L1 du Code des Pensions Militaires d'Invalidité et des Victimes de la Guerre (CPMIVG).

Cela donnera naissance à la loi du 31 mars 1919 [2], héritée des dispositions antérieures (dont la loi de 1831, décrets, décisions du Conseil d'Etat, etc...). Cette loi est une évolution en ce sens qu'elle reconnaît la notion d'aggravation, qu'elle établit le principe d'imputabilité, et qu'elle batit son système d'indemnisation sur l'origine par le fait ou à l'occasion du service, et avec double relation de causalité (infirmité/événement et événement/service).

Il a été comparé l'évolution de quelques pensions entre 1919 et 1940 [33, 34], il apparaissait que seules les pensions accordées aux grands invalides atteignaient un montant suffisant pour leur permettre de vivre. Pour les taux moyens et faibles, la pension représentait seulement une gratification, une sorte d'indemnité, comparable, pour les invalides à 10%, « les plus nombreux », aux premières annuités de la retraite du combattant. Au bas de l'échelle , pour plusieurs centaines de milliers de réformés, les pensions ont une valeur symbolique ; au sommet, pour quelques dizaines de milliers de grands invalides, elles ont une valeur économique.

Par la suite, l'accumulation des lois, décrets, arrêtés, et décisions jurisprudentielles du CE conduit à la loi numéro 47-1454 qui retient le principe d'une codification permanente par décrets, sans changement de législation : Le CPMIVG est élaboré en 1951 [35].

L'évolution du droit et de la législation a conduit à transformer le régime initial de retraite et d'assistance (voulu par Louis XIV dans son édit du 24 février 1670, concernant les blessures ou infirmités du fait de guerre ou de service) en un régime d'indemnisation des préjudices (loi de 1919 intégrant alors les blessures ou maladies acquises ou aggravées par le service, même en temps de paix).

Parallèlement à cette évolution interne, le CPMIVG se voit complété par d'autres mesures d'indemnisations particulières : les conséquences des attentats, des accidents de la circulation (Badinter, 1985 [36]) ou l'exposition aux rayonnements ionisants et électromagnétiques [37; 38].

La dernière évolution majeure concerne la transposition, aux personnels militaires, des dispositions de réparation du dommage corporel aux autres agents de l'Etat (fonctionnaires), conduisant à une certaine égalité suite à la jurisprudence Brugnot du Conseil d'Etat du 1er juillet 2005 [3].

Le caractère forfaitaire de la réparation est complété par l'indemnisation des préjudices extrapatrimoniaux, distincts de l'atteinte à l'intégrité physique : c'est à dire la prise en compte des souffrances physiques, morales, préjudices esthétique ou d'agrément, qui sont non pris en compte « spécifiquement » par le CPMIVG.

Il en va de même pour la prise en charge de la réparation du préjudice moral des ayants droits.

Ainsi, cette décision a ouvert un droit à réparation complémentaire des militaires, amenant à une bascule progressive vers une indemnisation type droit commun.

V.2 : Les particularités du régime du CPMIVG :

La réparation du dommage corporel dans le cas des PMI présente certaines particularités [30– 32] par rapport à la réparation en droit commun, liées au fait :

-de la seule réparation des séquelles,

-de la possibilité dans certaines circonstances de dépasser l'invalidité absolue,

-de l'imputabilité qui répond à des critères spécifiques.

La législation des pensions militaires ne retient que l'incapacité fonctionnelle. Il n'y a pas indemnisation de la blessure ou de la maladie en elle-même, mais une infirmité qui se manifeste par des séquelles physiologiques durables, et cette indemnisation se concrétise sous la forme d'une pension.

♈**les bénéficiaires** : les militaires, les résistants, les réfractaires, les déportés et internés, les prisonniers du Vietminh, les victimes civiles des conflits et, depuis la loi de 1990, les victimes françaises et étrangères d'acte de terrorisme commis en France depuis le 1er janvier 1982 ainsi que les ressortissants français victimes du terrorisme à l'étranger ;

♈**une procédure particulière** : gratuite, sans condition de délai, exclusive, diligentée par les services préfectoraux des anciens combattants, sous contrôle central du ministère de la défense et du ministère des finances, susceptible de recours devant le tribunal départemental des pensions, d'appel devant la cour régionale des pensions et de cassation en Conseil d'Etat ;

♈**des critères d'imputabilité particuliers** : par preuve d'origine ou par présomption d'origine sous certaines conditions (appelés du contingent, campagnes de guerre, et depuis 2006 militaires en opérations extérieures) ;

♈**des critères d'indemnisation particuliers** : d'une part, une blessure de guerre, un accident en service, une maladie par le fait ou l'occasion du service, une blessure lors d'attentat terroriste, et d'autre part, une invalidité atteignant le seuil minimum indemnisable : 10 % pour une blessure de guerre ou d'attentat, un accident en service, une maladie pendant la guerre et 30 % pour une maladie hors guerre ; seul le déficit fonctionnel est indemnisé ; Il n'y a pas indemnisation de la blessure ou de la maladie en elle-même, mais une infirmité qui se manifeste par des séquelles physiologiques durables, et cette indemnisation se concrétise sous la forme d'une pension.

Les incidences sur l'exercice du métier ne sont pas considérées.

♈**un barème particulier** : reprenant par compilation les différents décrets et barèmes, spécifique, différent du barème indicatif en Droit commun et du barème des accidents du travail ;

♈**une pension militaire d'invalidité** : temporaire 3 ans puis définitive, incessible, insaisissable, non imposable, inscrite au grand livre de la dette de l'Etat ;

♈**des avantages spécifiques** sous certaines conditions : allocations spéciales (grands invalides, mutilés de guerre), soins gratuits, tierce personne, rentes mutualistes, emplois réservés, affiliation à la sécurité sociale, réductions dans les transports en commun.

C'est la sous-direction des pensions (SDP) de la direction des ressources humaines du ministère de la Défense à la Rochelle qui centralise l'ensemble des demandes de pension.

V.3. Les bénéficiaires :

En cas d'invalidité résultant du service, peuvent demander réparation :

-les militaires (de carrière, engagés, du contingent [appelés jusqu'à la fin des années 2000], anciens combattants, membres de la Résistance, réservistes).

-les victimes civiles de guerre (bombardements (14-18, 39-45), déportés de la Seconde Guerre Mondiale, attentats de la guerre d'Algérie),

-les victimes d'actes terroristes depuis le 1er janvier 1982 (ressortissants français et étrangers victimes sur le sol français, ressortissants français sur le sol étranger).

-les familles (veuves et orphelins à la condition d'une pension supérieure à 60% pour les militaires, 85% pour les civils).

V.4. La demande de pension :

Elle est effectuée par l'interéssé (ou ayants droits) directement auprès de l'Office National des Anciens Combattants qui transmet à la SDP .

La demande est recevable sans condition de délai, l'entrée en jouissance est effective à la date du dépôt de la demande.

Le dossier est constitué d'office dès que le militaire est placé en congé longue durée (CLD) ou longue maladie (CLM) suite à son affection.

On peut donc demander une pension :

-si infirmités résultants de blessures/maladies par le fait/à l'occasion du service.

-pour l'aggravation par le fait/à l'occasion du service d'infirmités étrangères au service

-Pour les missions opérationnelles : si infirmités résultants de blessures reçues par la suite d'accidents entre le début et la fin de la mission, y compris situations d'expertise, d'essai, d'entrainement en escale... sauf faute détachable du service.

Plus précisément :

-événements ou faits de guerre... hors causes volontaires (automutilations).

-par le fait du service, c'est à dire une relation évidente entre infirmité et exécution du service.

-à l'occasion du service, c'est à dire s'il n'y a pas de relation directe mais si elle est survenue dans les conditions du service en position régulière (ex : amibiase contractée durant la guerre d'Indochine)

A noter que si la maladie contractée en service n'a pas de condition de délai, l'imputabilité est présumée,

La maladie professionnelle a une condition de délai, et il faut prouver le lien de causalité/d'imputabilité au service.

Il est également à noter que les infirmités résultant des conditions générales de service ou de spécialité ne sont pas prises en compte (hypoacousie de chaudronnier, lombosciatique de parachutiste).

La blessure correspond à la résultante de l'action violente d'un fait (chose, personne) extérieur intervenu (rôle actif) durant un accident.

Par exemple, les séquelles d'intervention chirurgicale sur un militaire correspondent à une blessure si l'intervention était nécessaire du fait d'une action d'un fait extérieur lié au service (plaie de guerre).

Dans le CPMIVG, on considère que tout ce qui n'est pas blessure, est maladie.

A noter qu'il n'y a plus de caractère obligatoire à la notion d'extériorité : La blessure est alors simplement considérée comme lésion soudaine consécutive à un fait de service précis ou cause extérieure [39].

L'aggravation est désormais reconnaissable sur simples conditions de service, suite à une jurisprudence du Conseil d'Etat.

V.5. Imputabilité au service :

2 conditions d'inclusion sont nécessaires :

1) *de temps et de lieu* : événement produit durant l'accomplissement du service,
2) *de relation avec le service* : lien de causalité tel que survenu par le fait/à l'occasion du service

Plus précisément :

-personnel militaire soumis à l'autorité militaire donc à l'exclusion des détenus, déserteurs...

-conditions de temps et de lieu : accident survenu en un lieu où le militaire se trouve par nécessité de service et où il accomplit un service effectif donc pas d'imputabilité si survenue dans l'enceinte du régiment, en heures de quartier libre.

-Le fait est rattaché au service signifie que le service est la cause de l'événement.

Par exemple, la surdité chronique du militaire artilleur, survenue dans les conditions normales de service, sans fait précis/clairement identifiable.

Mais il existe aussi 2 conditions d'exclusion :

1) *fait détachable du service* : conditions de temps et de lieu respectées, mais pas de lien : exemple de l'infarctus du myocarde (facteurs de risque cardio-vasculaires, stress, ne sont pas considérés comme liés au service)...
2) *faute de la victime* : corrélée au fait détachable du service, il s'agit de montrer que la faute de l'interéssé se rattache ou non à l'accomplissement du service.

La faute personnelle détachable du service, la faute contre la discipline, l'infraction délibérée au règlement, n'ouvrent pas droit à pension: l'auteur est seul responsable (par exemple : fracture crânienne suite à chute en état d'ébriété, non-respect du Code de la route...).

En revanche, les imprudences et les erreurs peuvent toutefois ouvrir droit à pension : à l'extrême, un combattant téméraire qui met sa vie en danger... mais dans l'intérêt du service.

En droit commun, le demander doit apporter la preuve.

En PMI, il en est de même sauf si invocation de l'imputabilité par présomption.

Il y a 3 manières d'apprécier l'imputabilité, dans un ordre tel que défini par le conseil d'Etat :

1) L'imputabilité par preuve (régime commun) :

La *preuve d'origine directe* repose sur des arguments médicaux et des faits.

3 éléments sont à considérer : la réalité du fait initial, la relation avec le service, et la relation de l'infirmité avec la blessure/maladie.

La *preuve médicale* incombe à l'expert : il décrit les séquelles et se prononce sur le caractère (direct et déterminant) de la relation entre séquelles, lésions initiales, et fait de service précis.

C'était la seule preuve nécessaire dans les lois d'avril 1831. Elle est aujourd'hui nécessaire mais pas suffisante.

La *preuve de fait* doit être apportée par le postulant à pension, aboutissant à un établissement indiscutable direct, déterminant, et certain entre le service et l'infirmité nouvelle ou l'aggravation d'une infirmité pré-existante.

Les éléments peuvent être littéraux ou testimoniaux (dans ce cas, de valeur moindre).

Sur le plan littéral, la Déclaration d'Accident Présumé Imputable Au Service (DAPIAS), utilisée depuis 2004 pour la prise en charge financière des soins, peut etre jointe au dossier de pension.

La procédure de constatation officielle comprend divers documents formalisés :

-rapport circonstancié,

-registre de constatation des blessures,

-infirmités et maladies survenues aux militaires pendant le service,

L'extrait du registre est une pièce essentielle, il suffit pour initier le dossier de demande des PMI.

Toutefois, ce rapport ne préjuge pas de l'imputabilité au service.

A la différence des juridictions civiles, les juridictions des pensions (droit administatif) ne recourent pas à la preuve sur faisceau de présomptions, ni de concession au bénéfice du doute.

Dans le cas de *situations de guerre et de combat* empêchant un constat officiel, le postulant peut invoquer la *force majeure* laissée à l'appréciation du juge, pour que ce dernier estime que l'ensemble du dossier dégage une force probante suffisante établissant l'imputabilité.

Il existe quelques dérogations pour les personnels présentant des pathologies séquellaires en relation avec un emploi particulier :

*lombalgies séquellaires après 100 sauts en parachute ou 500 heures de vols,

*hypoacousie séquellaire chez les plongeurs à plus de 100 plongées.

2) L'imputabilité par présomption :

Elle peut être attribuée dans 3 circonstances : Présemption d'origine directe, d'aggravation d'affection, ou de complication d'une affection. Seule la première sera développée.

La présomption d'origine directe est pour indemniser les séquelles d'une maladie ou blessure médicalement constatée et reconnue imputable malgré absence (totale ou partielle) de preuves de faits, ou absence d'étiologie prouvée médicalement.

Elle nécessite 3 conditions :

-*Temps/lieu* : si campagnes de guerre

-*Constat* : doit être réalisé sur le territoire avant le renvoi au foyer. Dans le cas d'une maladie, après le 90ème jour de service et avant le 60ème jour après le retour au foyer.

-*Filiation* : le lien médical entre la blessure/maladie et l'infirmité évoquée.

En sont bénéficiaires : déportés, internés, anciens prisonniers du Viet Minh, et militaires pendant les guerres et engagés sur OPEX précisés par le Journal Officiel.

(Il peut s'agir de conflit « traditionnel » défini par les conventions de Genève, opérations de mantiens de la paix ou de l'ordre, de missions à caractère humanitaire...).

Un militaire en OPEX est considéré en service pendant toute la durée de la mission: ouvrent donc droit à pension toutes les infirmités résultants de blessures reçues à la suite d'accident entre début et fin de la mission opérationnelle, y compris essais, entrainement, escale [40]

3) L'imputabilité par filiation médicale directe :

C'est la relation médicale directe entre une invalidité déjà pensionnée et une infirmité nouvelle apparue suite à un événement étranger au service.

Dans ce cas, l'avis de la commission consultative médicale est obligatoirement requis.

4) La preuve contraire :

a) De fait, s'il y a démonstration certaine de l'inexistence du lien de causalité entre le service et l'infirmité.

Par exemple, une blessure survenue en permission, désertion... ou si faute contre discipline, faute personnelle détachable du service.

b) Elle peut être également médicale [Etiologique, si survenue en dehors du service ou consécutive à une affection congénitale, ou liées aux conditions pathogéniques : c'est un raisonnement pathogénique fait par l'expert qui prouve l'absence de lien de filiation certain direct, exclusif entre séquelles et infirmité]

5) Imputabilité partielle :

Ce cas de figure peut se présenter si une infirmité a des origines multiples.

En résumé :

1) le postulant à pension prouve-t-il que son infirmité a été causée/aggravée par le fait ou à l'occasion du service ?
2) L'administration apporte-t-elle la preuve contraire en démontrant que l'infirmité n'a pas son origine en service et n'a pas été aggravée par lui ?
3) S'il n'y a pas preuve ni directe ni contraire, le demander peut-il bénéficier de la présomption d'imputabilité ?

V.6. L'expertise médicale à travers les PMI :

D'après le CPMIVG : *« tout candidat à pension ou à révision de pension peut se faire assister de son médecin traitant lors des examens auxquels il est soumis à l'occasion de sa demande de pension ou de révision de pension.*

Il peut, en outre, produire des certificats médicaux qui sont annexés au dossier et, s'il y a lieu, sommairement discutés au PV de la commission de réforme ». [41]

L'expertise se déroule donc dans le respect du contradictoire.

La levée du secret médical est autorisée [42] afin de faciliter l'instruction de la demande de pension.

A noter que le médecin expert désigné par le médecin chargé des PMI ne peut etre le médecin traitant (article 105 du code de déontologie médicale, 2004).

Le médecin expert est choisi sur une liste de médecins agréés :

-les médecins militaires spécialistes des Hopitaux des Armées (de droit),

-les médecins civils (sur épreuve de titres et travaux).

Des directives[43; 44] sont destinées aux médecins experts pour les aider dans l'accomplissement de leur mission.

L'expertise à travers les PMI se divise en 4 étapes :

2) Le diagnostic :

Il doit etre précis, concis, à la fois clinique et étiologique, en ne conservant que les éléments essentiels de l'infirmité en cause. Ces derniers figureront par la suite sur le procès-verbal des différents avis, et serviront notamment lors de l'administration des soins gratuits.

Il est établi sur les faits, les doléances, l'examen clinique détaillé et les examens complémentaires.

3) L'évaluation du taux d'invalidité :

Le déficit fonctionnel est évalué en proposant un taux d'invalidité, pour cela on a recours au guide-barème des invalidités, applicable au titre du CPMIVG.

Quelques notions sont importantes :

-Le taux de pension est un multiple de 5 et les variations de taux ne se font que de 5 en 5.

-Les taux définis sont impératifs pour amputations et exérèses d'organes, indicatifs dans les autres cas. On ne peut cependant fixer un taux inférieur à celui fixé par le barème pour une infirmité donnée.

-les infirmités multiples sont scindées ainsi dès que le barème le prévoit.

-toute modification d'un taux lors d'une demande de renouvellement, d'une demande d'aggravation, ou lors de la visite de pension définitive doivent etre explicitées.

4) L'appréciation de l'imputabilité :

Au regard de l'imputabilité de l'affection expertisée, le rôle de l'expert varie suivant la nature de l'instance :

• Lorsqu'il s'agit d'une première instance ou d'une nouvelle instance, le médecin chargé des PMI peut attirer l'attention du médecin expert sur un point précis, notamment en ce qui concerne l'influence productrice ou aggravante de tels facteurs, maladies, accidents ou sur un

problème de filiation médicale entre le fait générateur et le fait invoqué. Dans ce cas, l'expert doit prendre position en émettant une réponse dûment argumentée.

• Le médecin expert n'a pas à formuler de conclusion sur le rattachement de l'infirmité au service puisqu'il ne dispose pas des pièces administratives du dossier de l'intéressé. C'est le travail du médecin chargé des PMI.

• Lorsqu'il s'agit de demande en révision pour une ou des infirmités nouvelles en relation avec une ou des infirmités pensionnées, l'expert se prononcera toujours sur la relation éventuelle existant entre elles. Il devra, en particulier, se prononcer sur le caractère de cette relation qui ne peut fonder l'imputabilité que si elle est directe et déterminante. L'imputabilité n'est pas remise en cause en cas de demande en aggravation ou renouvellement.

Le rôle du *médecin chargé des PMI* est de :

-désigner les experts/surexperts, demander l'avis d'un spécialiste compétent.

-il nomme autant d'experts que nécessaire.

-il définit précisément la mission confiée à l'expert.

-il étudie et donne son avis sur les droits à pension du postulant.

-il n'est pas tenu de retenir le même taux que celui proposé par l'experrt.

-Son avis mentionne pour chaque infirmité le libellé exact, la relation médicale avec d'autres affections, sa nature, son caractère temporaire ou définitif, son taux précédent et le taux proposé, le point de départ du droit, l'avis médical sur l'imputabilité.

Le rôle de la *Commission de Réforme des PMI (CRPMI)* est d'être :

-une instance de conseil, d'explication, de recours (article L6/18/24/28 du CPMIVG),

-de saisie facultative et réservée au seul postulant,

-composée d'un médecin-chef et de 2 officiers, sans lien avec les affaires concernées,

-entend les observations du demandeur (ou son médecin),

-peut demander une nouvelle mesure d'instruction (expertise),

-formule une proposition sur l'imputabilité, le degré d'invalidité, le caractère permanent des affections et sur l'admission au bénéfice des avantages accessoires à la pension.

La *commission consultative médicale* (articles 77 et 78 de l'instruction numéro 8) :

-est conseiller technique auprès de l'administration centrale,

-examine et contrôle au point de vue médical/médico-légal toute question d'ordre technique soumise à appréciation par le ministre.

-procède par étude des pièces et dossiers, émet un avis sur le droit à pension après premier avis de la SDP/CRPMI. Elle vérifie l'application du guide-bareme, des textes en vigueur, et vérifie la conformité des propositions aux connaissances médicales actuelles et aux usages dans le domaine de la réparation du dommage corporel.

-Elle n'a pas de pouvoir de décision mais son avis s'impose sur les aspects médicaux.

-Sa saisie intervient de manière obligatoire (imputabilité par preuve dès que le taux d'invalidité est supérieure à 60%, imputabilité par présemption d'aggravation, imputabilité des infirmités : ESPT,

cancer, tuberculose, thérapeutique, hépatite C, immunodéficience acquise, rayonnement ionisant/laser/radar, relation médicale (infirmité nouvelle avec affection déjà pensionnée), révision pour aggravation, grands mutilés, groupement d'infirmités, droit à révision en cas de survenue d'incapacité absolue, grands mutilés de guerre, majoration pour les grands invalides, ou quaité du postulant : membres de la Résistance, victimes civiles de guerre, veuves...) ou facultative par la SDP.

La *commission de réforme des militaires* (propre à chaque armée):
-se prononce seule sur l'aptitude au service des postulants (décret 2006-1166),

La curabilité (incurabilité) :

Détermine le caractère temporaire ou définitif de la pension.

L'incurabilité est comprise au sens LÉGAL : la lésion est définitive, dans l'incapacité de s'aggraver ou s'améliorer. Une lésion susceptible de s'aggraver ou d'entrainer la mort malgré les traitements est donc paradoxalement, mais légalement, considérée comme curable.
L'incurabilité est une lésion définitivement fixée.

La *pension temporaire* est concédée pour 3 années, renouvelable par périodes triennales après expertise médicale.
Pour la *pension définitive,* les degrés d'invalidité sont également définitifs, en aucun cas revu à la baisse, en revanche ils sont susceptibles d'etre augmentés dans le cadre d'une demande de révision pour aggravation.

Pour les blessures, la pension est définitive dans un délai de 3 ans suivant l'entrée en jouissance. Après nouvelle expertise, la pension est concédée à un taux supérieur, égal, ou inférieur, voire disparaître par rapport au taux primitif.

Pour les infirmités relevant de maladies, le taux est réévalué tous les 3 ans et définitif à l'expiration d'un délai de 9 ans après date du dépôt de la demande/entrée en jouissance.

La révision de la pension :

1- à la demande du *pensionné* : en cas d'aggravation et de complication, en cas de nouvelle infirmité, pour les pensions temporaires ou définitives.
2- de manière *administrative* : par l'interéssé s'il fournit de nouvelles pièces, la démonstration d'une erreur, et inversement en cas d'erreur de liquidation/inexactitude dans les actes et pièces, un arrêté peut imposer la révision.
3- de manière *judiciaire* : en cas de fraude, simulation, erreur médicale, défunt reconnu vivant... il y a révision par le tribunal.

Enfin, le droit à révision ouvert au profit du militaire titulaire d'une pension pour la perte d'un membre/oeil/surdité totale unilatérale, qui par suite d'un accident postérieur perd le second membre/oeil/surdité de l'autre oreille impliquant une incapacité absolue, sa pension est donc portée

eau chiffre attribué aux militaires pour infirmité atteignant 100% soit par le fait/à l'occasion du service, soit par des tiers responsables (l'Etat se retournant contre eux). [45]

V.7. Traitement d'une demande de pension : [46]

C'est la sous-direction des pensions (SDP) de la Rochelle, organisme de la Direction des Ressources Humaines du ministère de la Défense, dépendant du Secrétariat général pour l'administration (SGA) qui s'en occupe.

Instruction administrative du dossier :

Le militaire (en service, réserviste) renseigne le formulaire de demande de pension accompagné des pièces fournir, à son commandant d'unité qui les transmet au Groupement de Soutien des Bases de Défense, il reçoit en retour un accusé de réception pour enregistrement de la date de dépôt de la demande (= date d'entrée en jouissance de la pension).

Le dossier est constitué d'office si le militaire est dans l'incapacité de déposer sa demande (il peut ensuite s'opposer à cette demande).

Les militaires des autres catégories déposent la demande auprès de l'ONAC, qui l'adresse ensuite à la SDP.

L'ayant droit d'un militaire décédé adresse la demande au bureau chargé de l'aide aux familles de l'armée, qui constitue le dossier et l'adresse à la SDP.

La SDP estime si le dossier est en état d'expertise médico-légale puis le transmet au médecin chargé des PMI qui désigne un médecin-expert choisi parmi les médecins civils habilités par la SDP (médecin militaire sinon).

Instruction médicale du dossier :

L'instruction de 1976 rappelle les conditions de réalisation de l'expertise : *« [il] sera bienveillant et juste envers les victimes de la guerre.. », « en toute circonstance, examiner minutieusement et complétement le candidat à pension qui se présente devant eux... », « abandonner toute tendance restrictive et se garder de sous estimer les invalidités des candidats à pension ».*

Egalement, une notion importante est que *« sur le plan moral, l'expertise médicale constitue en effet un contact fondamental du postulant à pension avec notre administration. La bienveillance et l'humanité de l'accueil qui lui sera alors réservé seront pour le demandeur qui en ressentira une marque déterminante pour ses rapports ultérieurs avec l'administration, un grand réconfort moral... ».*

« la mission de l'expert consiste à voir, écouter, palper, ausculter pour d'autres et à recueillir le maximum d'éléments objectifs qui demeureront au dossier non seulement pour l'instance en cours mais également pour d'éventuelles instances ultérieures... ».

Le médecin-expert est choisi soit parmi les médecins militaires (spécialiste hospitalier), soit médecins civils habilités, sinon un médecin militaire.

Les cas délicats sont remis à un expert spécialiste ou « surexpert ».

L'expertise est en 4 temps : examen des pièces (rassemblées par la SDP), interrogatoire avec recueil

des faits/allégations/doléances, examen centré sur l'organe concerné, rédaction du rapport (= protocole).

Si nécessaire, une hospitalisation ou des examens complémentaires sont pris en charge par la SDP.

Si le postulant est dans l'incapacité de se déplacer, il en fait la déclaration et le médecin expert se déplace au domicile ou au lieu des hospitalisations.

Le protocole :

L'expert doit apporter des réponses aux éléments suivants :

1) distinguer les allégations des constatations : Décrire tous les signes cliniques, résultats, examens paracliniques.
2) Préciser le diagnostic : synthèse précise clinique et étiologique, décrivant le déficit fonctionnel et l'atteinte éventuelle de l'état général,
3) indiquer si les séquelles relèvent de blessure ou de maladie,
4) donner un avis sur la permanence ou non des infirmités (curabilité, évolution..)
5) émettre une proposition de taux d'invalidité (basée sur le guide-barème),
6) discuter l'étiologie (certaine, possible, probable, impossible, inconnue?),
7) étudier la relation de causalité entre infirmité et invalidité déjà pensionnée ou rejetée et dire si cette relation est directe/indirecte, exclusive/partielle/inexistante, déterminante/favorisante/déclenchante/révélante
8) argumenter la filiation entre infirmité et antécédent de blessure ou de maladie,
9) avis concernant l'imputabilité en envisageant le double lien d'une part entre les séquelles et les lésions initiales, d'autre part entre les lésions et l'accident.

V.8. Calcul du taux d'invalidité/Montant de la pension : [47]

Le montant annuel de la pension correspond au produit de la valeur du point d'indice de PMI (13,92 euros en 2013) par l'indice de pension (en points, obtenu par correspondance avec le degré d'invalidité).

Le point d'indice de PMI varie suivant l'indice d'ensemble des traitements bruts de la fonction publique de l'Etat.

La pension est portée aux taux du grade dès que le militaire cesse son activité.

La différence de traitement selon le grade a pour but de garantir à la victime d'une invalidité, le maintien d'un niveau de vie proche de celui dont elle jouissait antérieurement.

A la pension principale (dès que le taux global atteint 85%), peuvent s'ajouter : degrés de surpension, allocations, indemnités (grands invalides, grands mutilés, aide pour tierce personne, enfants à charge, enfants atteint d'infirmité incurable).

Le minimum dépend de la nature et l'origine de l'infirmité.

Aucune invalidité n'est indemnisable si son taux est inférieur à 10%.

En temps de guerre, le minimum est fixée à 10% (blessure, maladie, aggravation).

En temps de paix,

10% en cas de blessure unique,

30% en cas de maladie unique,

30% en cas de maladies associées à des blessures.

40% en cas de maladies multiples.

Dans les infirmités multiples, le droit à pension est accordé que si 2 conditions de degré minimum sont réunies : une de 10% applicable à chaque infirmité, l'autre de degré variable pour l'ensemble des infirmités. Si l'une n'atteint pas le minimum, elle n'est pas prise en considération (dite insuffisante) et l'imputabilité n'est pas recherchée. Elle est indiquée à titre commémoratif. Si elle atteint le degré minimum mais non imputable, le degré d'invalidité est donné à titre documentaire.

Si il y a aggravation par le fait/à l'occasion du service d'une infirmité étrangère : prise en compte de l'aggravation seule dans les conditions ci-dessus, en dessous de 60%, sinon prise en compte intégrale.

A noter que le taux antérieur vient en déduction du taux de l'aggravation due au service sauf si le taux d'invalidité atteint 60%.

Le taux réservé à l'indemnisation et le degré d'évaluation de l'invalidité sont 2 choses différentes, leur distinction est laissée à la volonté du législateur.

Calcul du taux d'invalidité :

Dans le cas d'une *infirmité unique*, le taux est celui de l'infirmité.

Dans le cas *d'infirmité multiples,* il existe plusieurs méthodes de calculs :

a) La règle de Balthazard ou de la validité restante :

Elle est utilisée si aucune infirmité n'atteint 100%.

Elle permet d'éviter qu'un pensionné ne bénéficie d'un degré d'invalidité supérieur à 100% tout en restant proportionnel au nombre et à la gravité des infirmités. L'invalidité « de base » (taux le plus élevé) conserve son pourcentage d'invalidité, les autres sont diminués en proportion de la validité restante. De sorte que le sujet en bonne santé correspond à une validité de 100% et qu'il ne peut etre égal à 0% (invalidité absolue, sujet mort).

Il existe 4 exceptions :

1) Regroupement des infirmités sur un membre : le total supérieur à 100% est ramené par principe à 100%.
2) troubles indemnisés sous forme de majoration (troubles vasculo-nerveux en relation avec une lésion traumatique, siégeant sur un membre amputé) : ajout arithmétique.
3) Majoration de taux pour amputation : 5% si impossibilité au port d'une prothèse.
4) Augmentation par aggravation d'infirmités.

b) Règle des suffixes :

Lorsque l'invalidité principale est d'un taux au moins égal à 20%, chaque infirmité supplémentaire est affecté d'un suffixe croissant de 5 en 5 selon la série décroissante de leur gravité.

c) Règle des degrés :

Si l'infirmité principale atteint 100% (ou plusieurs, ou du fait de la majoration d'une infirmité), les infirmités supplémentaires sont alors calculées sur la base de la somme des taux assortis de suffixes et elles ouvrent le droit à un degré par tranche de 10% de taux d'invalidité. Chaque degré vaut 16 points d'indices, la limite est à 100 degrés de surpension.

Ces 2 dernières règles sont destinées aux grands invalides.

Une infirmité peut être évoluée globalement ou en ses divers éléments dès lors que chaque affection ou diagnostic figure au guide-barème (exemple : l'artérite doit etre évalué distinctivement sur chaque membre).

Le calcul du taux dépend aussi de *la nature du bénéficiaire* :

-Pour les déportés, internés, anciens prisonniers du Viet Minh : les infirmités du fait de l'internement sont considérés comme une seule blessure. Ce groupement permet d'atteindre 100% et les infirmités supplémentaires en surpension.

-Pour les Grands Mutilés (art. L17) : la sur-pension possible sans qu'aucune n'atteigne l'invalidité absolue, il suffit qu'une autre infirmité entraine un taux global de 60% d'invalidité pour poter le taux à 100% + 1 degré, les autres invalidités seront alors classées en surpension.

-Un taux charnière de 85% entraine des avantages supplémentaires, c'est le statut de grand invalide de première catégorie.

V.9. Le guide-barême :

Il en existe 3 qui sont regroupés dans le même guide-barème : l'échelle de gravité de 1887, le barème de 1915 et le barème de 1919.

Echelle de 1887 :

*Infirmités graves et incurables mettant le militaire de carrière hors d'état de rester en activité.

*Les pourcentages tendaient à indemniser l'invalidité mais également le préjudice subi pour l'interruption de carrière, pour une infirmité due au service.

*Les infirmités étaient classées en 6 catégories, correspondant à 4 pourcentages : 60, 65, 80, et 100%.

Le barème de 1915 :

*élaboré par la commission consultative médicale,

*servant de guide aux experts qui évaluaient une même infirmité mais à des taux disparates.

*il ne tenait pas compte du préjudice de carrière.

Le barème de 1919 :

*élaboré par des médecins légistes éminents,

*étude médico-légale sérieuse de l'évaluation applicable aux invalidités,

*comme le barème de 1915, il ne prenait en compte que le dommage objectif.

*il a été mis à jour par de nombreux décrets pour rester en adéquation avec les données scientifiques contemporaines : ESPT inclus le 10 janvier 1992, dernière modificiation le 13 mars 2001 pour l'annexe relative aux troubles respiraotires.

Les 3 barèmes restent impératifs dans leurs diagnostics: impossibilité de scinder en plusieurs infirmités ce que le bareme décrit sous un meme diagnostic, ou vice-versa. Une même infirmité a donc pu être indemnisée par application de deux dispositions distinctes du guide-barème (destruction de l'oeil d'une part, défiguration d'autre part).

De par la jurisprudence et les circulaires précisant les conditions d'applications :

-Au regard de l'obésité, la circulaire 129 du 9 octobre 1998 demande à l'expert de préciser son rôle dans les séquelles (aggravation rejetée si imputabilité totale ou partielle de l'obésité).

-Au regard du tabagisme, la circulaire 127 du 12 janvier 1996, rejet de l'imputabilité au service si relation directe et déterminante (>50%) du tabagisme. Il y a rejet de l'aggravation si imputabilité totale ou partielle du tabagisme.

Dans les 2 cas, c'est la jurisprudence et l'art L29.4 *« l'aggravation ne peut etre prise en considération que si le supplément d'invalidité est exclusivement imputable aux blessures et aux maladies constitutives des infirmités sur lesquelles la pension a été accordée »*.

Selon un arret du conseil d'Etat, en cas d'infirmités multiples : chaque infirmité peut etre évaluée sous un bareme différent, mais une meme infirmité ne peut etre évaluée que d'après un seul bareme sans en dissocier les éléments pour leur appliquer des baremes différents : meme barème obligatoirement pour l'évaluation de chaque œil, en cas de perte de vision.

Le préjudice esthétique existe dans le cadre du CPMVIG, c'est la défiguration qui varie de 10 à 100%.

La douleur est considérée comme un signe subjectif (ressenti et évaluation). Elle n'est donc pas indemnisée en tant que telle mais au travers de son retentissement et des signes objectifs, si ces derniers sont persistants.

Par exemple, la névralgie sciatique confirmée par des signes tels que des réflexes achilléens modifiés, une atrophie musculaire peut donner un taux de 10 à 20%.

Le préjudice douloureux lié aux hospitalisations/anesthésies/rééducation fonctionnelle n'est pas pris

en compte. Sauf exceptions, la douleur séquellaire chronique n'est pas non plus admise par le CPMIVG.

V.10. Voie de recours : [47]

Après une procédure amiable préalable (initiale, aggravation, révision), il existe 3 niveaux de recours (article L79 du CPMIVG) :

En premier ressort : Tribunaux des pensions (TP) :

-juridiction administative d'exception placée auprès d'un TGI.

-les décisions prises en application du CPMIVG sont susceptibles de recours devant le TP dans un délai de 6 mois à compter de leur notification.

-La contestation peut porter sur : l'imputabilité, le taux d'indemnisation global, le degré d'une invalidité, la non prise en compte juste des documents, une décision d'aggravation, de complication, ou relative aux accessoires de la pension, ou autre...

Le TP a recours à un expert médical (à titre indicatif), l'expertise se déroulant sans spécifité particulière.

En 2ème ressort, il y a possibilité de faire appel pour la partie perdante :

-Il s'agit de démontrer que le jugement de première instance soit annulé. Si la cour suit l'appellant, les questions de fond seront ensuite examinées, une nouvelle expertise judiciaire peut également être demandée.

Pour les contentieux de PMI, le Ministère de la Défense confie les dossiers de 1er et 2nd ressort à la SDP.

En 3ème ressort, il y a possibilité de se pourvoir en cassation auprès du CE :

-à l'initiative de l'interéssé ou de l'administration, dans un délai de 2 mois.

-l'objet n'est pas de rééxaminer le litige mais de vérifier la légalité de la décision prise par la juridiction d'amont. Le CE assure l'unité de l'interprétation et de l'application de la règle de droit, sans pour autant s'interdire toute évolution/revirement.

Si l'arrêt de la Cour d'Appel annulé, l'affaire est renvoyée devant le juge d'une cour régionale des pensions d'un autre ressort, ou le CE règle lui-meme l'affaire au nom d'une bonne administration de la justice (Ce fut le cas de la décision Brugnot).

Donc, le postulant à pension qui s'interroge sur l'utilité d'engager un contentieux doit examiner 2 points :

- la décision de l'administration est-elle irrégulière au regard des règles posées par le CPMIVG ?
- le degré d'invalidité imputable atteint-il le minimum imposé par les textes pour avoir droit à une pension ?

V.11. Autres avantages/accessoires liées à la PMI : [47]

Soins gratuits (article L115) :

toute concession de PMI ouvre droit au bénéfices des soins médicaux gratuits pour les affections pensionnées et l'appareillage.

Soins externes :

Libre choix du médecin, pharmacien,... par les pensionnés. La demande d'accord préalable des soins externes est adressée au médecin chargé du contrôle des soins gratuits qui donne son avis pour décision d'accord ou refus au DRH-MD.

Un complément d'honoraires n'est autorisé que dans les cas autorisés par le régime général de la SS.

Les médicaments prescrits, délivrés, réglés sont ceux remboursables aux assurés socaux du régime général de la SS.

Les analyses médicales, pansements et autres accessoires... sont ceux figurant au tarif interministériel des prestations sanitaires.

Exonération de la participation forfaitaire d'un euro pour les consultations et de 18 euros pour les actes hospitaliers lourds.

Hospitalisations :

La demande de prise en charge est adressée au moins 6 jours à l'avance par le praticien en charge des soins au médecin chargé du contrôle. L'établissement de santé le plus proche du domicile doit etre celui choisi par le pensionné.

Au total, le régime des soins gratuits des pensionnés est aligné sur celui du régime général de la SS des salariés.

Appareillage (article L128):

Les appareils nécessaires aux infirmités des pensionnés du CPMIVG sont fournis, réparés et remplacés aux frais de l'Etat tant qu'ils sont nécessaires.

V*oies de recours* :

Le DRH-MD ou un autre organisme de la défense peut déposer un recours contre les prestations de soins qui lui ont été facturés, pour acte frauduleux, ou abus caractérisé, dans un délai de 6 mois à compter de la notification.

Les pensionnaires pouvaient s'adresser aux centres régionaux d'appareillage jusqu'en 2010 (18 en France), 18.000 ressortissants indemnisés au titre du L128, 2500 vus chaque année en CRA et 150 à domicile. Suite à la fermeture des CRA, les activités d'appareillage ont désormais été transférées au SSA.

Rééducation, réinsertion professionnelles :

Le militaire peut etre réaffecté dans une unité adaptée à l'issue des soins si déclaré apte à servir avec ou sans restriction. Si les restrictions sont importantes, il peut demander à servir par dérogation (dans sa spécialité ou une autre) avec avis du conseil régional de santé.

La rééducation professionnelle peut se faire avec l'aide de l'Etat, l'ONACVG en assure l'application, et le militaire perçoit une allocation spécifique, non déductible du taux de pension.

Le Grand Invalide :
peut profiter du droit à majoration (article L18):

-**1ère catégorie** :
Tout pensionné dont le taux global atteint 85%,
Il bénéficie d'allocations spéciales temporaires (au nombre de 11, articles L31 à L35), ainsi que d'un complément de pension (art. L16), proportionnel au taux global d'invalidité, à la gravité des infirmités.

-**2ème catégorie (art. L37)**:
Le blessé doit réunir une de ces 3 conditions :
**nature des infirmités* : cécité, amputation, paraplégie, traumatisme cranien avec épilepsie,
aliénation mentale,
**personne* : titulaire de la carte du combattant et blessure reçue par le fait/à l'occasion du service.
**taux d'invalidité minimum* : pas de taux minimum pour les invalidités sus-mentionnées, sinon taux de 85% global.
Il bénéficie d'allocations spéciales, d'un complément de pension, à points d'indice différents de ceux de 1ère catégorie.
Egalement, d'un mode de calcul plus avantageux du taux global, si une infirmité supplémentaire a un degré d'au moins 60%.
Il a les mêmes allocations et calcul du taux global que le grand mutilé de guerre, mais pas le statut ni le titre.

Le Grand mutilé de guerre (article L36) :

Il doit réunir 5 conditions :
**personne* : grands blessés de guerre, blessés en service commandé, titulaire de la carte du combattant.
**origine* : blessures de guerres (les 2 guerres mondiales ou les campagnes de guerre), reçue du fait de l'ennemi entre le début et la fin des combats et appartenance à une unité combattante.
**imputabilité* : preuve directe ou de complication.
**nature* : celles sus-mentionnées au L37 (+ les 3 conditions au-dessus), ou celles résultant de blessures.

**degré d'invalidité minimum* : pas nécessaire si infirmités du L36, 85% si autres.

Ce statut donne des allocations supplémentaires, majorations, identiques à celles des grands invalides, ainsi qu'un mode de calcul plus avantageux du taux global.

-Majorations selon l'article L18 :

Elles sont égales au (¼) de la pension pour les invalides nécessitant l'aide constante d'une tierce personne.

Elles sont ouvertes à titre temporaire, par tranche triennale, et à titre définitif pour des conditions définitives (cécité, double amputation... 65 ans après bénéfices supérieur à 6 ans).

La majoration correspond au montant de la pension dans le cas d'infirmités multiples accordant la majoration si prises isolément (au moins 2).

Si hospitalisation, les frais sont retirés de la pension et la majoration supprimée durant le séjour.

Droits/Avantages pour les anciens combattants :

-Carte du combattant :

Sont considérés comme combattants les militaires des forces armées françaises qui ont :

Soit appartenu pendant au moins trois mois à une unité combattante,

Soit ont été évacués pour une blessure/maladie contractée en service dans une unité combattante,

Soit ont reçu une blessure assimilée à une blessure de guerre,

Peuvent également prétendre ceux qui ont fait l'objet d'une citation individuelle avec croix.

Ils ont droit à la reconnaissance du statut d'ancien combattant, au port de la croix du combattant, à un avantage fiscal (possibilité de déduction d'une demi-part fiscale à partir de 75 ans), au titre de reconnaissance de la Nation, au cercueil recouvert d'un drap tricolore.

-Retraite du combattant :

Pour tout titulaire de la carte, cumulable avec une pension de retraite, à partir de 65 ans (60 ans pour les titulaires en plus d'une pension du CPMIVG sur campagnes de guerre).

Elle est incessible, insaisissable, non imposable, non soumise à la CSG, non réversible au conjoint survivant.

Elle peut être suspendue si : condamnation prononcée sur prescriptions de la cour de justice militaire, participation à un acte d'hostilité à la France, perte de la qualité de français.

-Titre de reconnaissance de la nation :

Militaires des forces ayant servi pendant au moins 90 jours dans des opérations... ou carte du combattant.

Ils ont droit à la cotisation d'une rente mutualiste majorée par l'Etat, aux avantages fiscaux, à la qualité de ressortissant de l'ONACVG, au cercueil avec drap tricolore.

Il n'est pas nécessaire ici d'avoir servi dans une unité combattante.

Incessibilité/Insaisissabilité :

La pension du CPMIVG est non imposable.

La ½ part fiscale est accordée si le taux d'invalidité est supérieur ou égal à 40%.

Les majorations des pensions aux enfants jusqu'aux 18 ans, indemnité de soins alloués aux patients à 100% pour tuberculose, de ménagement, de reclassement sont incessibles et insaisissables.

Les pensions du CPMIVG sont incessibles et insaisissables exceptés si créances envers l'Etat ou créanciers privilégiés (frais de justice, funéraires, de maladie...)

Droit et avantages accessoires :

-*Carte d'invalidité* :

Réduction tarifs SNCF voire gratuité (pour invalide 100%). 4 types de carte.

-Elle donne accès à un *droit de priorité* : priorité aux places numérotées dans les transports publics, mention « station debout pénible » pour accès aux guichets des services publics, commerces...

-*Carte de stationnement pour personnes handicapées* :

Toute personne atteinte d'un handicap qui réduit de manière importante et durable sa capacité et son autonomie de déplacement à pied ou qui impose qu'elle soit accompagnée d'une tierce personne dans ses déplacements, peut solliciter une carte de stationnement, valable de 1 à 10 ans.

-*Prêts, secours, autres dispositions pécuniaires* :

Possibilité d'obtenir une réponse financière immédiate à des situations exceptionnelles, des aides pour répondre à une difficulté financière ponctuelle (santé, décès d'un conjoint). Egalement, prêts sociaux (sans interêt) pour faire face à une difficulté financière imprévue...

Actuellement concernent davantage les ayants cause...

-*Décoration, insignes* :

Les militaires qui obtiennent soit la médaille militaire, soit un grade dans l'ordre de la Légion d'honneur, en raison de blessures de guerre, sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur s'ils sont médaillés, ou promus au grade supérieur dans l'ordre de la Légion d'honneur s'ils sont légionnaires, lorsque, pour ces blessures, leur taux d'invalidité reconnu est de 100 %.

Les titulaires de la carte du combattant obtiennent la croix du combattant.

-*Emplois réservés* :

Les réformés, retraités, invalides et pensionnés du fait de blessures du fait/à l'occasion du service au cours de campagnes de guerre, bénéficient du droit de préférence aux emplois de l'Etat, du service public... Dans un délai de 10 ans à compter du jour de leur admission à pension.

-Retraite mutualiste du combattant :

Pour tout titulaire de la carte du combattant ou du titre de reconnaissance de la nation, peut se constituer auprès d'un organisme mutualiste une rente viagère avec majoration de l'Etat.

-Etat civil/Sépultures :

*mention « mort pour la France » :

Elle doit figurer sur l'acte de décès de tout militaire tué par l'ennemi ou mort de blessures de guerre ou de maladie contractée en service commandé en temps de guerre ou décédé des suites d'un accident survenu à l'occasion du service en temps de guerre.

Elle entraîne l'ouverture de droits spécifiques dont certains prennent le sens d'un hommage rendu à la victime (inscription sur le monument aux morts) et d'autres présentent quant à eux un caractère de soutien aux ayants cause (adoption par la Nation des orphelins avec attribution du titre de « pupille de la Nation», bonification accordée par les caisses mutualistes,droit à pension du conjoint).

*sépulture perpétuelle :

Les militaires français « Morts pour la France » en activité de service au cours d'opérations de guerre sont inhumés à titre perpétuel dans les cimetières nationaux

Institutions

Outre les dispositions financières, , le CPMIVG prévoit des dispositions sociales. Ces dernières sont mises en oeuvre par deux institutions :

-Institution nationale des invalides (INI)

L'INI est un établissement public d'État à caractère administratif. Elle est placée sous la tutelle du ministre chargé des Anciens Combattants. C'est la maison des combattants âgés, malades ou blessés au service de la patrie.

-Office national des anciens combattants et victimes de guerre

La mission de l'ONACVG est d'assurer le bien être matériel et moral de ses ressortissants. Parmi les moyens mis en oeuvre, les établissements sociaux et médicosociaux de l'ONACVG comprennent neuf écoles de reconversion professionnelle et huit maisons de retraite.

VI. LA JURISPRUDENCE BRUGNOT :

V.I. Introduction :

Les dispositions du CPMIVG déterminent **forfaitairement** la réparation à laquelle un militaire victime d'une affection en service peut prétendre, au titre de l'atteinte subie dans son intégrité physique. Les préjudices patrimoniaux sont à la charge de l'Etat.

Cependant, jusqu'à cette décision, les militaires se sont toujours vu refuser l'indemnisation de chefs de préjudice distincts de l'atteinte à l'intégrité physique, c'est pour cela que l'indemnisation basée sur un barème préétabli est dite « forfaitaire ».

La seule exception à cette règle concernait les appelés du contingent et les engagés pendant la durée légale de l'obligation du service national, la loi numéro 83-605 du 8 juillet 1983 complété par l'art L62 du code du service national précise que les jeunes gens accomplissant les obligations du service national victimes d'accidents survenus dans le service ou à l'occasion du service peuvent, ainsi que leurs ayants droits, obtenir de l'Etat lorsque sa responsabilité est engagée, une réparation complémentaire destinée à assurer l'indemnisation intégrale du préjudice subi, calculée selon les règles du droit commun. [48]

Une jurisprudence est un arrêt ou un jugement rendu par les juges et les tribunaux pour la solution d'une situation juridique donnée. C'est donc une règle de droit que les juges créent afin de résoudre un problème juridique qui leur est posé. La jurisprudence devient une référence pour d'autres jugements. Elle est donc une source de droit.

VI.2. La décision Moya-Caville des 4 et 5 juillet 2003 [49]:

La décision Moya-Caville a jugé que les dispositions forfaitaires déterminant la réparation à laquelle peut prétendre un fonctionnaire victime d'un accident de service, ne font pas obstacle à ce que celui-ci obtienne, meme en absence de faute de l'Etat, une indemnité complémentaire réparant les chefs de préjudice distincts de l'indemnité allouée pour atteinte à l'intégrité physique.

Le fonctionnaire victime a obtenu la condamnation de l'Etat (CHU de Montpellier) pour faute, suite au retard de celui-ci mis, sans raison valable, pour changer d'emploi la victime atteinte d'une allergie au formol qui s'est progessivement aggravée et a été reconnue par MP. Elle a également obtenu réparation du préjudice financier, résultant d'une mise à la retraite prématurée.

VI.3. La décision Brugnot du 1er juillet 2005 [3]:

C'est en tirant les conséquences de cette décision, puis de celle de l'arrêt Duval-Costa [50] du 15 juillet 2004, concernant un agent de la collectivité publique, que la Haute Juridiction a décidé de la transpoter pour en faire bénéficier les militaires, établissant de fait une égalité de traitement entre 2 catégories d'agents.

L'action judiciaire intentée par une mère dont le fils (Brugnot) militaire est décédé en service, va etre à l'origine par l'interprétation du CE de la remise en cause du dogme et de l'interprétation stricte

du CPMIVG.

Le 9 septembre 1993, ce militaire, officier marinier effectue la visite journalière d'un avion Super Etendard sur la base de Landivisiau où il est affecté. La percussion accidentelle du dispositif de mise à feu du siège éjectable entraine le déclenchement du système et le départ du siège qui, au passage, blesse mortellement le mécanicien.

Vu l'article L67 du CPMIVG, la mère ascendante du militaire se voit accorder le bénéfice d'une PMI. Estimant que cette pension n'indemnise pas les souffrances morales résultant du décès de son fils, elle demande réparation devant le tribunal administratif de Rennes, un million de francs de préjudice morale, mais se fait rejetter en 1999, elle interjette auprès de la cour d'appel de Nantes qui rejette aussi la demande d'annulation du jugement de Rennes, en 2002.

En 2003, l'affaire est portée devant le CE qui prononce le 1er juillet 2005 la décision numéro 258208 alias « décision Brugnot » [3]

« La Cour administrative d'appel de Nantes en jugeant que la requérante ne pouvait prétendre à d'autres droits à l'encontre de l'État que ceux définis par le CPMIVG et qui en opposant ainsi à la mère le droit à pension dont elle bénéficiait, la cour a commis une erreur de droit ; qu'il suit de là que la mère est fondée à demander l'annulation de l'arrêt attaqué. D'autre part, considérant qu'aux termes de l'art. L 821-2 du Code de justice administrative, s'il prononce l'annulation d'une décision administrative statuant en dernier ressort, le CE peut régler l'affaire au fond si l'intérêt d'une bonne administration de la justice se justifie ; qu'il y a lieu, dans les circonstances de l'espèce de régler l'affaire au fond ».

C'est ainsi que sur le fond, le CE a estimé qu'alors même qu'elle bénéficie en qualité d'ascendante du militaire, d'une pension qui lui a été accordée dans les conditions prévues du CPMIVG, la mère conserve le droit de demander à l'État, même en l'absence d'une faute de ce dernier, la réparation des souffrances morales résultant du décès de son fils.

Au regard des éléments de l'instruction et notamment du rapport de l'expert désigné par le Tribunal de grande instance de Rennes, le CE a jugé que le militaire et l'État, devaient être reconnus, chacun pour leur part, partiellement responsables ; et ce, même en l'absence de faute (malgré une action volontaire et maladroite du militaire) [48 ; 51].

VI.4. La réparation du dommage corporel du militaire à travers Brugnot :

La décision du CE du 1er juillet 2005 met fin à l'application de la règle dite du « forfait pension », règle selon laquelle un militaire ayant subi un dommage imputable au service, n'avait pas d'autres droits à indemnisation que ceux découlant de son statut et de la législation sur les PMI, à l'exclusion de toute autre réparation (pour d'autres postes ou selon un autre système). Il s'agit là d'un véritable revirement jurisprudentiel.

Désormais et en application de cette décision du CE, le préjudice personnel (limité à certains postes) du militaire victime d'un accident de service ou atteint d'une maladie professionnelle peut être réparé en dehors du cadre de la législation relative au CPMIVG.

Ce militaire peut prétendre, même en l'absence de faute de l'État, à une indemnité complémentaire réparant les souffrances physiques ou morales ainsi que les préjudices esthétiques et d'agrément

qu'il a endurés.

La décision du CE ne faisait à la base aucune allusion aux autres préjudices extrapatrimoniaux.

En cas de faute de l'État, la victime peut également être indemnisée au titre de ses préjudices patrimoniaux permanents et temporaires.

De plus, et conformément aux dispositions de la décision dite Brugnot, l'État est tenu, indépendamment des droits à PMI, de réparer le préjudice personnel subi par les ayants droit d'un militaire décédé ou blessé à l'occasion du service. Ainsi, peuvent être indemnisées, des conséquences d'un même accident, l'époux survivant et les parents de la victime au titre du préjudice moral.

Sans avoir préalablement constitué un dossier de demande de PMI, le militaire peut demander à bénéficier des dispositions de la décision Brugnot.

Le traitement des dossiers diffère selon que le militaire est victime ou non d'un accident de la circulation,

- Dans un accident de la circulation, que l'État soit responsable ou non, le traitement des dossiers est régi par la loi Badinter, une proposition d'offre émanant du service local du contentieux, incluant l'indemnisation au titre du préjudice personnel est adressée au militaire victime de l'accident ou à ses ayants droit [13 ; 34].

Les règles de la loi Badinter imposent une accélération de la procédure, des délais stricts, une assistance de la victime par un médecin de son choix, le caractère contradictoire de tout examen médical, la récusation possible par la victime du médecin désigné par le compagnie d 'assurance, la communication du rapport dans un délai de 20 jours

Le montant de la PMI éventuellement accordée à la victime vient en déduction du montant du préjudice. Si le tiers responsable est identifié, sa compagnie d'assurance prend en charge le versement des indemnités du préjudice personnel du militaire ;

- Dans les autres cas d'accidents en service, s'ajoutant en parallèle d'une éventuelle demande de PMI, cette demande complémentaire permettra de déclencher la procédure d'indemnisation au titre du préjudice personnel subi lors de l'accident. Après expertise médicale, une offre d'indemnisation lui sera proposée ainsi qu'à ses ayants droit.

La demande complémentaire est prise en compte même si la PMI est absente, ou a été reconnue non imputable au service, ou inférieure au minimum du seuil d'indemnisation.

Si l'intéressé bénéficie d'une PMI, le montant de la pension accordée à la victime vient en déduction du montant du préjudice soumis à recours.

Si la faute de l'État ne ressort pas clairement des éléments du dossier, l'intéressé ainsi que ses ayants droit devront intenter une action en responsabilité pour faute à l'encontre de l'administration dans les conditions de droit commun afin de prétendre au versement d'une réparation complémentaire.

La victime qui a commis une faute ayant participé à la réalisation du dommage verra son indemnisation limitée.

Depuis le 1er janvier 2008, nul n'étant sensé ignorer la loi, et la Direction des Affaires Juridiques considérant qu'en la matière les militaires sont correctement informés de leurs droits, celle-ci a demandé aux services locaux du commissariat des armées de ne plus solliciter les militaires victimes mais d'attendre la demande spontanée de ceux-ci. Il revient aux services administration du personnel de chaque Groupement de soutien de base de défense (GSBdD) ou de chaque bureau local des ressources humaines (BLRH) pour le Service de santé des armées (SSA) d'informer correctement et systématiquement tout militaire susceptible de bénéficier de cette possibilité d'indemnisation.

Toute demande d'indemnisation par application de la décision Brugnot traitée dans le cadre d'une procédure amiable peut être portée en cas de désaccord devant le juge.

A la différence des PMI qui n'ont aucune condition de délai, les blessés sont indemnisés s'ils saisissent dans les quatre ans qui suivent la consolidation médico-légale donc on devra être très précis dans la détermination de cette date, les expertises Brugnot sont soumises à la prescription quadriennale, une règle selon laquelle la créance publique, quelque soit sa nature s'éteint au bout de 4 ans. Elle comporte un délai qui peut aller de 4 ans et 1 jour et 5 ans moins 1 jour.

Il est à noter que la prescription qui s'applique aux agents de l'Etat est de 4 ans, en vertu de la loi n°68-1250 du 31/12/1968, tandis que pour les « victimes civiles », en vertu des dispositions de la loi n°2008-561 du 17 juin 2008 ayant réformé les prescriptions civiles, la prescription est de 10 ans commençant à courir à compter de la date de la consolidation du dommage [52]

La réforme progressive issue de la jurisprudence a conduit à 2 nouveaux arrêts du Conseil d'Etat :

-l'arrêt du CE du 25 mars 2009 dit « jurisprudence Ledrich » [53] qui conclut à la « réparation intégrale des militaires victimes d'un accident de service ou atteint d'une maladie professionnelle, en cas de faute de l'Etat ».

C'est le principe de la réparation intégrale (préjudices patrimoniaux temporaires et permanents et préjudices extrapatrimoniaux) du préjudice selon les règles du droit commun, devant le juge du Tribunal Administratif.

Cet arrêt amène notamment à la réparation des préjudices professionnels et financiers (conséquences liées à l'accident sur l'activité professionnelle, l'évolution de carrière, la participation aux OPEX et missions, l'avancement du militaire...).

-l'arrêt du 7 octobre 2013 n° 337851 [54] (suite à une affaire de contamination par le VHC d'un militaire suite à une transfusion sanguine à l'hôpital du Val-de-Grâce, où la responsabilité entière de l'Etat avait été reconnue), précise les postes de préjudice à indemniser. Dans ce dossier, il s'agissait de comparer ce qui est habituellement payé en PMI et de comparer à une indemnisation intégrale de droit commun. Dans ce dossier, le militaire a fait l'objet d'une erreur médicale fautive.

En cas de faute de l'état, il a droit à une indemnisation intégrale.

Donc ayant déjà été indemnisé par la PMI, le but est de savoir si la PMI a déjà couvert les préjudices manquants ou s'il faut compléter l'indemnisation au titre des préjudices personnels, du DFTP... : dans ce cas, la PMI a été très avantageuse pour le militaire car sur la durée, elle arrive à dépasser, en terme de la somme des rentes versées, le capital qu'il aurait reçu s'il était passé par le droit commun, en ce qui concerne les postes de préjudice que la PMI couvre. On se trouve donc face à quelqu'un qui a, d'une certaine manière, était mieux indemnisé qu'un civil si l'on ne parle que des postes de préjudice similaires.

En faisant valoir ses droits à indemnisation intégrale, du fait d'une faute de l'Etat (contamination par le virus de l'hépatite C), il doit bénéficier notamment de l'indemnisation du déficit fonctionnel temporaire partiel avant consolidation. Or le conseil d'Etat a considéré que la PMI avait couvert ce poste de préjudice sur le long terme. Cependant, il reste les préjudices personnels.

Au total,

<u>au titre de la réparation forfaitaire (PMI)</u>:

- les pertes de revenus et l'incidence professionnelle de l'incapacité physique,
- le déficit fonctionnel entendu comme l'ensemble de ses préjudices à caractère personnel liés à la perte de la qualité de la vie, aux douleurs permanentes et aux troubles ressentis par la victime dans ses conditions d'existence personnelle familiale et sociale après consolidation,

<u>et au titre de la responsabilité de l'Etat même en l'absence de faute</u>:

- les souffrances avant consolidation,
- le préjudice esthétique,
- le préjudice sexuel,
- le préjudice d'agrément,
- le préjudice d'établissement lié à l'impossibilité de fonder une famille.

2 régimes de réparation du dommage corporel donc 2 missions d'expertise différentes.

Les statistiques à l'heure actuelle montrent une augmentation progressive des demandes d'expertise Brugnot [51 ; 55]

Toutes les blessures ou maladies hors opérations extérieures sont gérées par les services locaux du contentieux, tandis que les blessures ou maladies en OPEX, souvent, de facto, les dossiers les plus lourds, sont centralisées par le service du contentieux de Villacoublay.

Pour les expertises Brugnot, 125 dossiers au retour d'Afghanistan ont été ouverts en 2011, 172 en 2012, 97 en 2013. Soit 394 dossiers Brugnot Afghanistan sur la période 2011-2013.

Puis, il a été comptabilisé 458 dossiers Brugnot OPEX 2014 dont 252 Afghanistan/Mali (ils sont comptés conjointement).

Aux dernières mesures, on comptait 139 dossiers Brugnot OPEX ouvertes entre le 01/01/2015 et le 01/06/2015.

La région militaire Sud-Ouest de 2007 à 2011 comptait environ, OPEX ou non, 150 demandes par an, puis 500 en 2012, 375 en 2013. Les demandes concernent surtout les régiments de l'armée de la Terre, du fait de leur envoi régulier en OPEX.

En 2014, la population PMI des 1ères instances concernant les militaires en activité de service représentait un volume de 1500 dossiers/an, le volume du Brugnot à ce titre était sensiblement proche, de l'ordre de 1200 dossiers/an.

La région Terre Sud-Ouest est de loin la plus demandeuse, en particulier car tous les régiments des Forces Spéciales y sont situés (Brigade de Commandement des Forces Spéciales de l'ensemble du territoire situé à Pau, 1er RPIMa (régiment de parachutistes d'infanterie de marine) situé à Bayonne, 13ème RDP (régiment des dragons parachutistes) situé à Martignas-sur-Jalles, 4ème RHFS (régiment d'hélicoptère des forces spéciales) situé à Pau) ainsi que de nombreux régiments de troupes aéroportées.

Peu de demandes émanent des militaires de l'armée de l'Air ou de la Marine sans que l'on aie de statistiques précises à ce sujet.

Il a donc été décidé de regrouper les médecins susceptibles de faire des expertises en trois cercles [51] :

Le premier cercle concerne les dossiers importants, souvent des personnes blessées en OPEX, les missions sont confiées par le service du contentieux de Villacoublay.

Sur ces dossiers, on missionne souvent les médecins réservistes qui ont l'habitude de faire des expertises pour les TGI et parfois aussi les assurances, mais aussi les médecins militaires de carrière diplômés et habitués à faire de l'expertise.

Le deuxième cercle concerne les dossiers de moyenne importance, on missionne les médecins militaires diplômés et ceux ayant participé à la journée de formation annuelle délivrée par les DRSSA.

Le troisième cercle concerne les dossiers de moindre importance, on missionne les médecins d'unité ayant participé à la formation mais aussi des personnes non qualifiées, c'est pour eux surtout que la direction centrale a mis au point un rapport simplifié d'expertise (annexe 1).

Contrairement aux expertises des PMI, ce ne sont donc pas des médecins des Hôpitaux des Armées qui sont désignés en premier lieu, mais des médecins réservistes diplômés habitués aux expertises en assurances ou au TGI qui sont mandatés, du fait de la complexité des dossiers concernant les blessés en OPEX, parfois des médecins d'unité diplômés, en dernier recours les médecins d'unité non diplômés mais ayant participé aux journées de formation (1 à 2 par an) données par les Directions Régionales du SSA.

Un rapport simplifié d'expertise Brugnot (annexe 1) [56] a également été mis à disposition de ces médecins pour les aider dans la réalisation de leur mission, depuis juin 2013. Dans ce rapport, on constatera que l'expert peut demander au postulant s'il a ou non bénéficié d'une PMI et son taux d'invalidité. D'après le médecin chargé des PMI du SDP de la Rochelle, ainsi que les médecins experts réservistes chargés des Brugnot, ils n'ont pas notion des conclusions des expertises de l'un ou de l'autre, lors du traitement des dossiers.

En résumé [57],

L'expertise PMI est « simple » et l'expert se positionne à la phase séquellaire : proposition d'une infirmité et d'1 taux du guide-barême.

L'expertise Brugnot est « complexe », héritée du droit commun, la description des séquelles est complète et précise.

La consolidation en droit commun est définie par une date, là où en PMI il existe une consolidation administrative triennale pour blessure et après 3 périodes triennales pour maladie.

L'invalidité en PMI est évaluée selon le barème PMI et l'invalidité peut atteindre 100% par infirmité et dépasser 100% en association d'infirmités.

L'invalidité en Brugnot est évaluée dans sa globalité selon le GB du concours médical ou le GB européen et l'AIPP/DFP est plafonnée à 100%. L'AIPP ne sert pas pour la réparation des préjudices extrapatrimoniaux.

La jurisprudence Brugnot est amenée à évoluer et on s'oriente vers une indemnisation de tous les postes de préjudices extra patrimoniaux (excepté les déficits fonctionnels), on pourrait par exemple avoir des préjudices extra patrimoniaux évolutifs chez des gendarmes agressés par des personnes porteurs de virus.

PARTIE II : MATÉRIEL ET MÉTHODES :

I. Objectifs de l'étude :

L'objectif général de l'étude était de décrire les caractéristiques des militaires français blessés en Afghanistan, ainsi que leurs préjudices ayant obtenu réparation en jurisprudence Brugnot, et le taux global d'invalidité en pension militaire d'invalidité.

Les objectifs spécifiques étaient :

- De décrire les caractéristiques socio-démographiques des militaires français blessés en Afghanistan. Tout type de blessure, que ce soit au combat ou non, était considérée .

- De déterminer les principaux mécanismes lésionnels, les agents vulnérants, de ces blessures, ainsi que leur nature et leur répartition anatomique.

- De déterminer les taux ou cotations des différents postes de préjudices indemnisés en jurisprudence Brugnot : patrimoniaux (temporaires : DSA, FD, PGPA et permanents : DSF, FLA, FVA, ATP, PGPF, IP) et extrapatrimoniaux (temporaires : DFTT, SE, PET et permanents : DFP, PA, PEP, PS , PE, PPE).

- De déterminer les séquelles indemnisées par le taux d'invalidité des PMI et représentées par le DFP en expertise Brugnot.

- De déterminer le taux d'invalidité en PMI pour chaque dossier, s'il était définitif ou sous couverture triennale.

L'objectif secondaire de l'étude était d'évaluer spécifiquement la part des traumatismes psychiques, purs ou associés à des traumatismes physiques, ainsi que leur taux d'invalidité attribué en PMI et en Brugnot.

II. Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude épidémiologique à visée descriptive, rétrospective sur la période du 01 juillet 2005 au 31 décembre 2013, focalisée sur un seul théâtre d'opérations : l'Afghanistan.

III. Critères d'inclusion :

Les critères d'inclusion étaient :

- Être militaire français ;
- Avoir été engagé dans le cadre d'une OPEX en Afghanistan ;
- Avoir été blessé sur le théâtre afghan, entre le 01 janvier 2005 et le 31 décembre 2013 ;
- Avoir bénéficié d'une (ou plusieurs) expertise(s) médicale(s) au titre de la Jurisprudence Brugnot,

pour dommage corporel survenu en Afghanistan, et être consolidé au moment de l'inclusion ;
- L'ensemble des critères d'inclusion devait être présent pour permettre l'inclusion d'un patient dans l'étude.

IV. Sources de données analysées :

Les dossiers ont été récupérés directement auprès de 2 médecins experts près de la cour d'appel (de Bordeaux et de Toulouse respectivement), réservistes dans le Service de Santé des Armées et chargés des dossiers Brugnot de la région Sud-Ouest depuis quelques années.

Les pensions militaires d'invalidité correspondantes ont été récupérées auprès de la sous direction des pensions de la Rochelle via le logiciel ePMI : il permet de vérifier l'existence d'une PMI, les infirmités concernées, la nature de la pension (initiale ou après la période triennale), ainsi que les éventuels autres avantages dont bénéficie le blessé.

Les données issues des différentes sources ont été saisies sur le recueil de données informatisées de type Microsoft Open Office Calc®. Le recueil de données et les données qui y étaient saisies constituaient la base de données de l'étude, à partir de laquelle l'analyse statistique a été réalisée.

V. Caractéristiques socio-démographiques et familiales :

- Sexe.
- Âge (au moment de l'accident).
- Catégorie d'appartenance : Militaire du rang (MDR), Sous-Officier, Officier.
- Armée ou arme d'appartenance.
- Régiment d'appartenance.
- Poste ou spécialité au moment de la mission. Certains pouvaient en avoir plusieurs.
- Situation matrimoniale avant la blessure, et au moment de l'expertise (si changements).
- Nombre de patients avec enfants et nombre d'enfants.
- Dernier diplôme détenu (à l'entrée dans le service).

VI. Caractéristiques de la blessure initiale :

- Agents vulnérants : balles, grenades, roquettes, mine...

-Mécanisme lésionnel : Ballistique, shrapnel... Les lésions de blast ont été subdivisées selon leurs catégories :
[le *blast primaire* est l'ensemble des lésions liées à l'onde de choc - le *blast secondaire (criblage)* est l'ensemble des lésions liées à la projection sur la victime de débris (d'explosif ou de l'environnement). - le *blast tertiaire* correspond aux lésions causées par la projection de la victime elle-même - Les blast secondaire et tertiaire sont les conséquences du souffle de l'explosion (ou onde « dynamique »)].

- Au niveau de la topographie lésionnelle : le corps humain a été divisé en 4 régions anatomiques : tête et cou, tronc, membres supérieurs et membres inférieurs.

*La région de la tête et du cou correspondait au crâne, à la face et au cou.

*La région du tronc correspond au thorax, à l'abdomen, la ceinture scapulaire, le bassin, le périné et le rachis. Il a été précisé les lésions éventuelles d'organes internes, thoraco-abdominaux.

*Au niveau des membres, étaient différenciés les atteintes des épaules et des mains au niveau du membre supérieur, du pied au niveau du membre inférieur.

*Les lésions vasculo-nerveuses ont été signalées.

*Il a également été indiqué s'il y avait notion de complications post-lésionnelles / post-opératoires.

*A part, pour les troubles psychiques purs : caractéristiques socio-démographiques des expertisés, et caractéristiques des expertises Brugnot et PMI.

Toutes les lésions rapportées sont celles que l'expert a jugé imputables à l'accident initial, dans la discussion médico-légale.

VII. Caractéristiques des expertises Brugnot :

- Date de l'accident (en *jj/mm/aa*, converti en *décimale d'une année* pour les calculs statistiques).
- Déficit Fonctionnel Temporaire Total (*en jours*).
- Déficit Fonctionnel Permanent e*n %*.
- Déficit Fonctionnel Temporaire Partiel évalué selon le *pourcentage de la gêne totale attribué*.
- Délai de consolidation (= délai entre la date de l'accident et la date de consolidation).
- Souffrances Endurées sur une *échelle numérique de 0,5/7 à 7/7*.
- Préjudice Esthétique Temporaire et Permanent sur une *échelle numérique de 0/7 à 7/7.*
- Préjudice Sexuel *de 0 à 7/7*.
- Préjudice d'Agrément : noté *si présent ("+") ou absent ("0").*
- Incidence Professionnelle : notée *si présente ("+") ou absente ("0").*
- Les autres chefs de préjudice étaient mentionnés suivant leur présence éventuelle.
- Pension Militaire d'Invalidité *en % (taux global d'invalidité)*. Si le pourcentage global comprenait des blessures hors Afghanistan, il n'était pris en compte que le pourcentage indiqué comme résultant des blessures de guerre en Afghanistan.

Il était également noté la notion de PMI accordée selon la révision triennale ou si accordée définitivement.

VIII. Analyses statistiques :

Le logiciel Open Office Calc ® a été utilisé pour la saisie et l'analyse des données.

Une étude descriptive de la population de l'étude a été réalisée, les variables quantitatives ont été synthétisées par leur moyenne et leurs extrêmes (moyenne [min - max]) lorsque la distribution était considérée comme normale, et par leur médiane et leur intervalle interquartiles (médiane [q1 ; q3]) dans le cas contraire.

Les variables qualitatives ont été synthétisées par les fréquences absolues et les pourcentages de chacun des niveaux observés.

PARTIE III : RÉSULTATS :

Au total, 214 dossiers d'expertise Brugnot ont été récupérés et analysés auprès de 2 médecins experts réservistes du SSA, de la région Sud-Ouest. Les pensions militaires d'invalidité correspondantes ont été récupérées auprès de la sous direction des pensions de la Rochelle via le logiciel ePMI.

109 dossiers ont été exclus car non survenus en OPEX Afghanistan (autres OPEX ou survenue sur le territoire français).

10 dossiers ont été exclus car non consolidés à la date de l'expertise et non réévalués depuis, dont 6 non consolidés liés à des ESPT (période de consolidation : 12 à 24 mois).

2 dossiers ont été exclus car décrivant uniquement les chefs de préjudices Brugnot.

L'ensemble des dossiers correspondait à 89 victimes : 4 victimes ont bénéficié de 2 expertises Brugnot pour des dommages corporels différents survenus en Afghanistan, 1 victime a bénéficié de 3 expertises Brugnot pour les mêmes raisons, soit au total 95 dossiers analysés pour 89 victimes.

Les statistiques des expertises Brugnot ainsi que celles des PMI porteront donc sur les 95 dossiers tandis que les caractéristiques socio-démographiques porteront sur les 89 victimes.

I. Caractéristiques générales :

Les principales caractéristiques socio-démographiques de la population incluse sont présentées dans le tableau 1.

Sexe (n = 89)	Masculin	89 (100%)
	Féminin	0 (0%)
Âge (années, n = 89)	Moyen (âges extrêmes)	30,82 [20 ; 54]
	Médian (IIQ 25-75)	30 [24 ; 37]
Classe (n=89)	Militaires du rang	49 [56,19%]
	Sous-officiers	34 [38,20%]
	Officiers	5 [5,61%]
Régiment d'appartenance (n=89)	1er RCP	17 (19,10%)
	8ème RPIMa	13 (14,60%)
	17ème RGP	10 (11,23%)
	35ème RAP	6 (6,74%)
	1er RPIMA	6 (6,74%)
	1er RHP	6 (6,74%)
	126ème RI	5 (5,61%)
	11ème CCTP	4 (4,5%)
	13ème RDP	2 (2,25%)
	BA 120	2 (2,25%)
	31ème RG	2 (2,25%)

	ETAP	2 (2,25%)
	Inconnu	2 (2,25%)
	1er RIMa	1 (1,12%)
	6ème RG	1 (1,12%)
	1er RAMa	1 (1,12%)
	BA 106	1 (1,12%)
	2ème RMAT	1 (1,12%)
	BFST	1 (1,12%)
	BRH Nansouty	1 (1,12%)
	CPA 30	1 (1,12%)
	57ème BI	1 (1,12%)
	516ème RT	1 (1,12%)
Spécialité ou qualification (n=89)	Conducteur	13 (14,6%)
	Tireur d'élite/section de combat	13 (14,6%)
	Opérateur Radio	10 (11,23%)
	Chef de groupe/d'équipe	10 (11,23%)
	Commandos Parachutistes	10 (11,23%)
	Sans fonction spécifiée	8 (9,00%)
	Auxiliaire sanitaire	5 (5,61%)
	Infirmier	4 (4,5%)
	Mécanicien	3 (3,37%)
	Instructeur/Formateur	3 (3,37%)
	Forces Spéciales (sans précision)	2 (2,25%)
	Démineur	2 (2,25%)
	Médecin	1 (1,12%)
	Contrôleur aérien	1 (1,12%)
	Intervention NRBC	1 (1,12%)
	Bureau des sports	1 (1,12%)
	Administratif	1 (1,12%)
	Armurier	1 (1,12%)
Années de service (années, n= 55)	Moyen (extrêmes)	9,47 [1; 24]
	Médiane (IIQ 25 75)	7 [4; 16]
Situation familiale (n=89)	**En couple** :	**70 [78,65%]**
	mariés,	41 [46%]
	pacsé, concubinage.	29 [32,6%]
	Seul :	**17 [19,1%]**
	célibataire	13 [14,6%]
	divorcé/séparé	4 [4,5%]
	inconnu	**2 [2,25%]**
Diplôme (n = 77)	Non spécifié	12 (13,48%)
	Baccalauréat professionnel	12 (13,48%)
	BEP seul	12 (13,48%)
	BEP-CAP	11 (12,36%)
	Brevet des Collèges	9 (10,11%)
	Baccalauréat technologique	8 (9,00%)

	Baccalauréat général	8 (9,00%)
	CAP seul	7 (7,86%)
	Enseignement supérieur	6 (6,74%)
	Sans Diplôme	2 (2,25%)
	Certificat de Formation Générale	1 (1,12%)
Situation parentale (n = 89)	Sans enfant	38 (42,7%)
	Avec enfant	50 (56,2%)
	Inconnu	1 (1,1%)
	Moyenne (extrêmes)	0,966 [0 ; 3]
	Mediane (IIQ 25 75)	1 [0 ; 2]

(*) : 1er RCP = 1er Régiment de Chasseurs Parachutistes 1er RCP, 8ème RPIMa = 8ème Régiment Parachutiste d'Infanterie de Marine, 17ème RGP = 17ème Régiment du Génie Parachutiste, 35ème RAP = 35ème Régiment d'Artillerie Parachutiste, 1er RPIMa = 1er Régiment Parachutiste d'Infanterie de Marine, 126ème RI = 126ème Régiment d'Infanterie, 1er RHP = 1er Régiment de Hussard Parachutistes, EM/11ème CCTP = Etat-Major/11ème Compagnie de Commandement et Transmissions Parachutistes, 13ème RDP = 13ème Régiment de Dragons Parachutistes, BA120 = Base Aérienne 120, 31ème RG = 31ème Régiment du Génie, ETAP = Ecole des Troupes Aéroportées (Pau), 1er RIMa, 1er Régiment d'Infanterie de Marine, 6ème RG = 6ème Régiment de Génie, 1er RAMa = 1er Régiment d'Artillerie de Marine (Châlons-en-Champagne), BA106 = Base Aérienne 106, 2ème RMAT = 2ème Régiment du Matériel (Bruz), CMA = Centre Médical des Armées de Pau, BFST = Brigade des Forces Spéciales Terre (Pau), BRH = Bureau des Ressources Humaines de Nansouty (Bordeaux), CPA30 = Commandos Parachutistes de l'Air 30 (Mérignac), 57ème BI = 57ème Brigade d'Infanterie (Bègles), 516ème RT = 516ème Régiment du Train (Toul)

On retiendra comme **principales caractéristiques** :

En ce qui concerne le **sexe** (n=89), 100% des victimes étaient de sexe masculin.

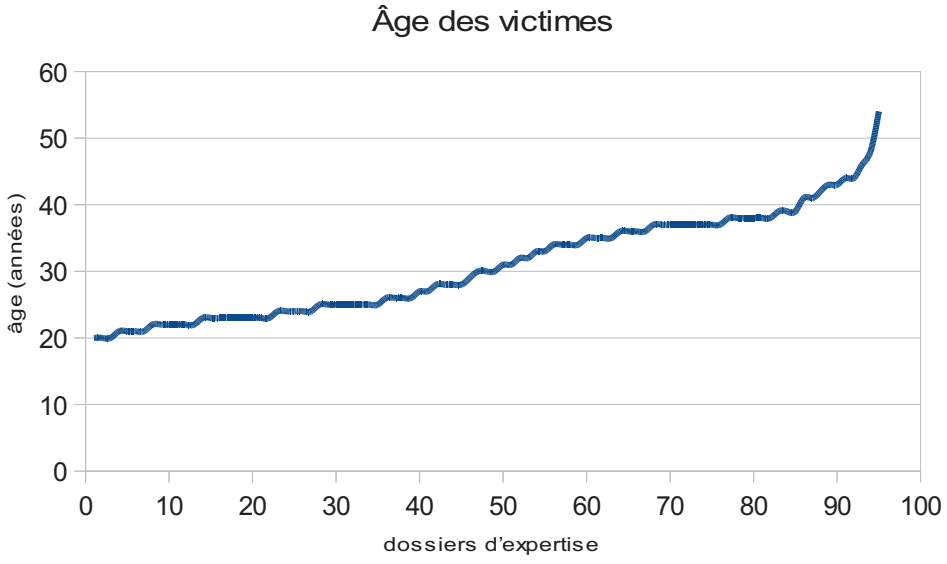

Figure 2 : répartition de l'âge en fonction des sujets

En ce qui concerne l'**âge** (n=89), la moyenne et la médiane sont aux alentours de 30 ans.

En ce qui concerne la **catégorie d'appartenance** dans l'armée (n=89) :

Une majorité [56,19%] sont militaires du rang (1ère classe, caporal/brigadier, caporal-chef/brigadier-chef),
viennent ensuite [38,2%] les sous-officiers (sergent(-chef)/maréchal des logis(-chef), adjudant, adjudant-chef, major),
on retrouve une minorité [5,61%] d'officiers (lieutenant, capitaine, commandant, colonel).

En ce qui concerne la **spécialité ou qualification**, (n = 89) au moment de l'accident :

On retrouvait 59 personnels sur 89 soit 66,3% à un poste en première ligne, opérationnel, ou de combat.
On peut noter que la fonction santé (auxiliaires sanitaires, infirmiers, médecins) représentait au total 10 victimes (11,23%).

En ce qui concerne **l'ancienneté** dans le service avant l'accident (n=55) :

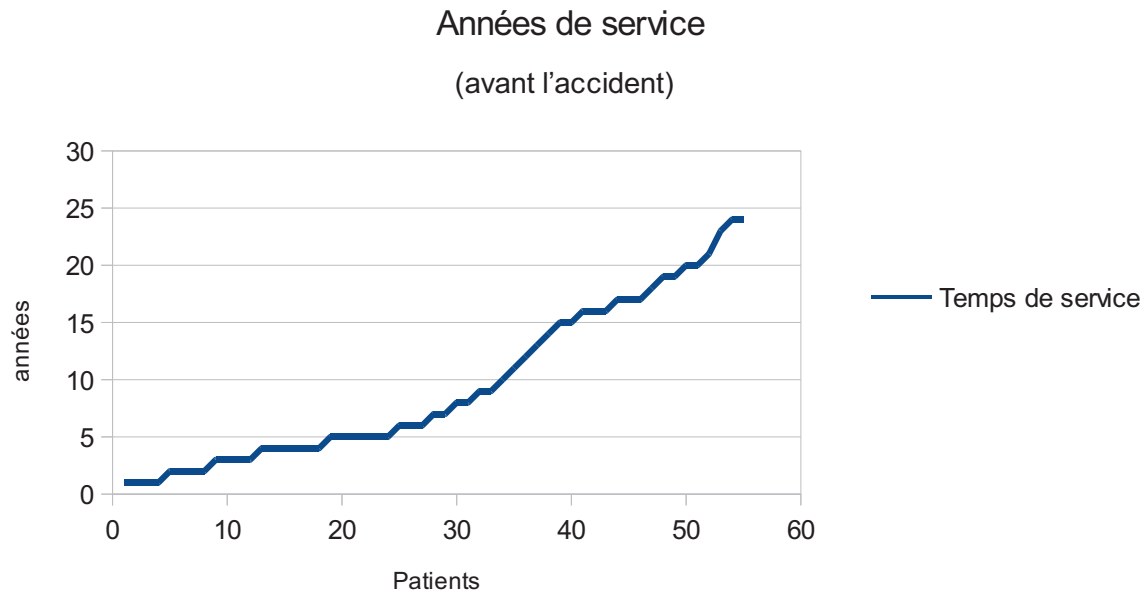

Figure 3 : nombre d'années de service en fonction des sujets

La moyenne des années de service d'une victime était de 9,47 ans [1; 24], la médiane à 7 ans [4 ; 16] et l'écart-type de 7 ans.

En ce qui concerne la **situation matrimoniale** au moment de l'accident :
Une majorité de victimes [78,6%] était en couple au moment de la blessure.

En ce qui concerne la **situation parentale** au moment de l'accident :
On retrouvait une majorité [56,2%] avec enfant(s) au moment des faits.

En ce qui concerne le **diplôme** (à l'entrée dans le service) (sur 77 dossiers le notifiant) :

L'ensemble des bâcheliers (général, professionnel, technologique) et supérieur représente 34/77 cas soit 44,15% de l'ensemble des dossiers connus.

Le reste (sans diplôme ou diplôme pré-bac) représente 43/77 cas soit 55,84% et parmi eux, les BEP-CAP (seuls ou associés) représentent 30/77 cas soit 38,96% des dossiers.

II. Caractéristiques de la blessure initiale :

Au niveau de l'**agent vulnérant**, sur les 95 dossiers :

Agent vulnérant	*Nombre (%)*
Psychiatrique (ESA/ESPT)	26 (27,36%)
RPG	20 (21,05%)
Balistique	12 (12,63%)
EEI	6 (6,31%)
Obus de mortier	6 (6,31%)
Sportive/Physique	6 (6,31%)
Inconnu	5 (5,26%)
AVP	4 (4,21%)
Grenade	3 (3,16%)
SVBIED	2 (2,10%)
Mine	2 (2,10%)
Médical (AVC)	1 (1,05%)
Logistique	1 (1,05%)
Kamikaze	1 (1,05%)

Tableau 2 : Principaux agents lésionnels responsables

(EEI = Engins Explosifs Improvisés, SVBIED = Voiture-suicide)

Sur les 69 dossiers hors troubles psychiatriques, on retrouvait en particulier :

- 40/69 cas (57,97%) de blessures par engins explosifs (RPG, mortier, mines, EEI…),
- 12/69 cas (17,39%) de blessures par balle (dont 1 auto-tir),
- 6 (8,69%) blessures en activité sportive/physique hors action de combat.

Au niveau du **mécanisme**, on retrouvait :

Mécanisme	Nombre (%)
Balle	12 (12,63%)
Blast primaire (BP)	10 (10,52%)
Blast secondaire (polycriblage) (BS)	11 (11,58%)
BP + BS	14 (14,73%)
Sport/TAP	6 (6,31%)
Ecrasement	3 (3,16%)
Blast tertiaire (BT) + BP	3 (3,16%)
BT	3 (3,16%)
BT + BS	1 (1,05%)
Shrapnel	2 (2,10%)
AVC	1 (1,05%)
Pied-de-mine	1 (1,05%)
Inconnu	2 (2,10%)
Psychiatrique (ESA/ESPT)	26 (27,36%)

Tableau 3 : Mécanisme lésionnel

En ne considérant que les mécanismes hors troubles psychiatriques,

Les lésions de « blast » sont majoritaires avec 42/69 soit 66,66% des dossiers, les lésions balistiques sont retrouvées dans 12/69 cas soit 19,04%.

Sur le **plan anatomique**, les lésions initialement constatées correspondaient à :

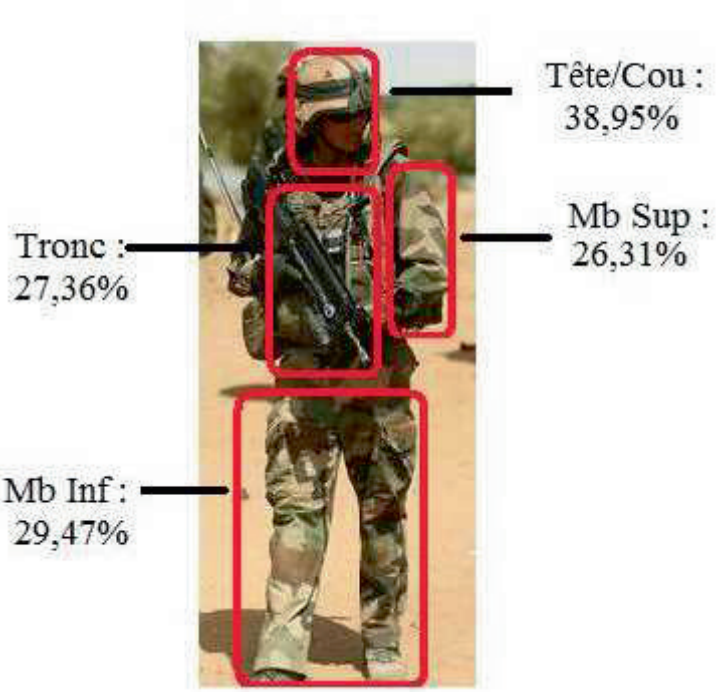

Figure 4 : Répartition anatomique des lésions initiales

1) **l'axe tête/cou** dans 37 dossiers (38,95%) dont 18 isolés, comprenant :
- 27 traumatismes sonores aigüs dont 9 isolés,
- 3 lésions dentaires,
- 7 lésions oculaires [2 contusions et 5 plaies],
- 8 lésions faciales [dont 3 fractures],
- 7 lésions crâniennes [dont 4 plaies, 3 fractures dont 2 lésions cérébrales],
- 7 lésions cervicales [4 plaies et 3 contusions].

2) **le tronc** dans 26 dossiers (27,36%) dont 6 isolés, comprenant :
- 11 lésions dorso-lombaires [2 fractures, 1 plaie, 8 contusions],
- 7 lésions thoraciques [dont 3 lésions pulmonaires (dont 2 avec complications), 1 lésion cardiaque (avec complications), 4 lésions costales],
- 4 lésions de la ceinture scapulaire [omoplate, clavicule],
- 5 lésions abdominales [1 plaie colique, 2 plaies intestinales, 1 plaie péritonéale, 1 hépatite],
- 6 lésions du bassin [2 fractures, 2 lésions périnéales, 1 lésion d'OGE, 1 lésion de vessie]

3) **les membres supérieurs** dans 25 dossiers (26,31%) dont 5 isolés, comprenant :
- 12 lésions de l'épaule [dont 3 luxations, 3 plaies et 1 fracture],
- 16 lésions des membres supérieurs [(hors épaule/main) dont 4 fractures, 8 plaies, 4 contusions],
- 10 lésions des mains [7 plaies, 3 contusions]

4) **les membres inférieurs** dans 28 dossiers (29,47%) dont 8 isolés, comprenant :
- 6 lésions des pieds (dont 4 fractures et 2 plaies),
- 23 lésions des membres inferieurs (dont 14 plaies, 3 fractures, 6 contusions),
- 4 lésions de cuisse,
- 1 lésion du genou (contusion),
- 3 lésions de cheville (dont 1 fracture).

En dehors des lésions spécifiques des zones anatomiques, on retrouvait :
- 6 lésions **vasculaires** avérées (5 traumatiques, 1 spontanée),
- 6 lésions **nerveuses** avérées,
- 5 **complications post-lésionnelles** dont 4 post-fracturaires (pseudarthrose, surinfection),
- 4 lésions **cutanées diffuses** (dont 1 cas de nécrose).

III. Caractéristiques des expertises Brugnot et PMI :

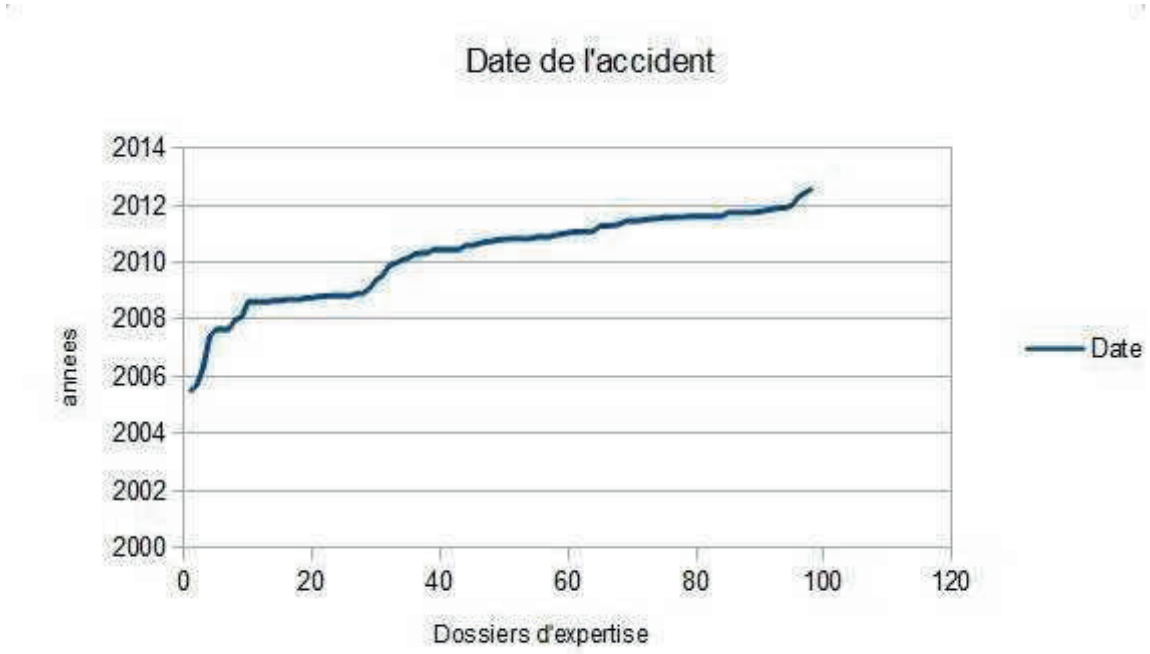

Figure 5 : Répartition de la date de l'accident en fonction des dossiers

-La **date de l'accident** retrouvait une médiane en octobre 2010. La plus ancienne en juin 2005, la plus récente en juin 2012.

Figure 6 : Répartition des délais de consolidation en fonction des dossiers

-Le **délai de consolidation** moyen était de 1 an et 8 mois (608 jours), la médiane à 1 an et 6 mois (550 jours), l'écart type de 415 jours (1 an 1 mois 20 jours), les extrêmes minimales à 10 jours de consolidation, maximal à 1816 jours (4 ans 11 mois 21 jours).

-Au niveau de l'**état antérieur**, on notait 59 dossiers (62,1%) n'ayant aucun état antérieur susceptible d'interférer avec les faits en cause.

Pour le reste, on notait des antécédents de traumatismes crâniens (1 dossier), aux membres inférieurs (2 dossiers), aux membres supérieurs (1 dossier), psychiatriques (4 dossiers), oculaires (1 dossier), rachidiens (5 dossiers), des chevilles (7 dossiers), auditifs (7 dossiers), des épaules (7 dossiers), des genoux (6 dossiers), abdominaux (1 dossier) et de trouble tensionnel (1 dossier).

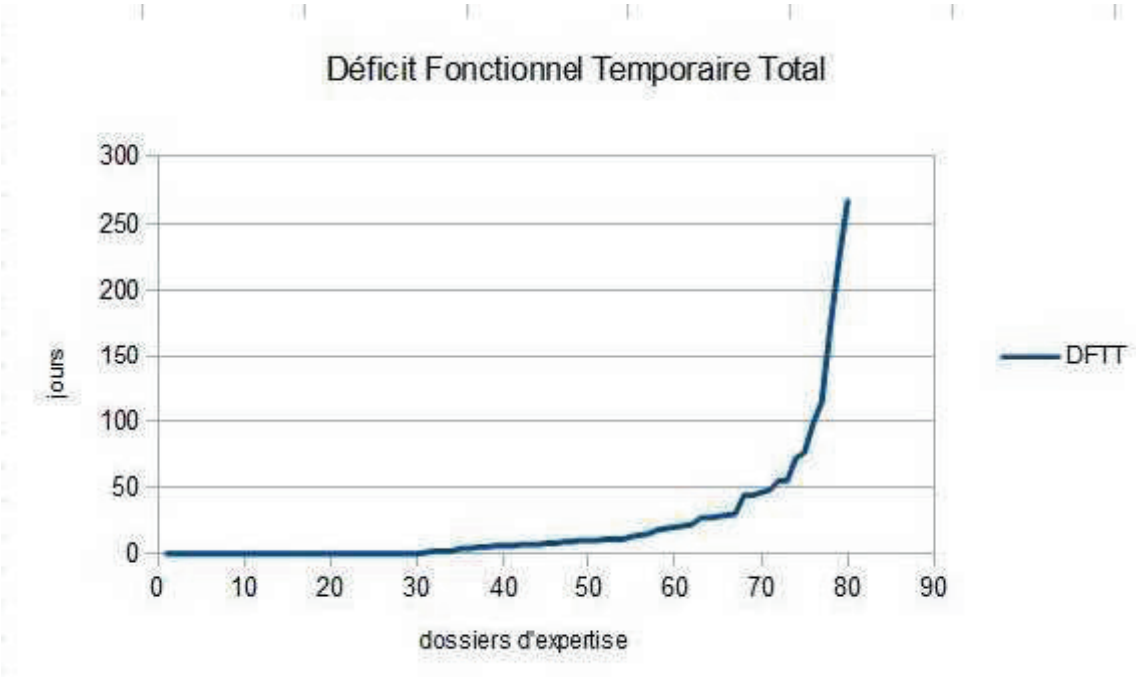

Figure 7 : Répartition du DFTT en fonction des dossiers

-Le **déficit fonctionnel temporaire total** (100% de la gêne totale) :

Il n'a pas été évalué dans 14 dossiers (14,73%), c'est-à-dire non demandé dans la mission confiée à l'expert.

La moyenne était de 21,99 jours, la médiane à 6 jours, l'écart-type de 46,12 jours, la valeur maximale était de 267 jours.

30 dossiers avaient un DFTT nul.

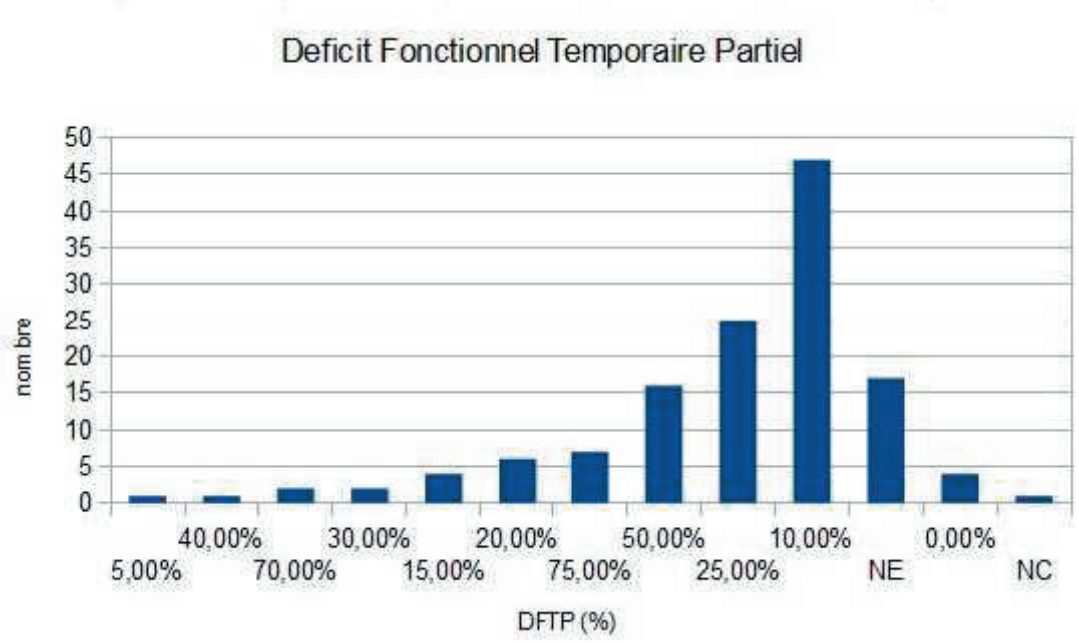

Figure 8 : Répartition du DFTP en fonction du % de la gêne totale

Le **déficit fonctionnel temporaire partiel** a été évalué sous forme du % de la gêne totale : au total on retrouvait :

- 1 dossier (1,05%) avec un DFTP non chiffré.
- 1 dossier (1,05%) avec un DFTP à 5%,
- 1 dossier (1,05%) avec un DFTP à 40%,
- 2 dossiers (2,10%) avec un DFTP à 70%,
- 2 dossiers (2,10%) avec un DFTP à 30%,
- 4 dossiers (4,21%) avec un DFTP nul,
- 4 dossiers (4,21%) avec un DFTP à 15%,
- 6 dossiers (6,31%) avec un DFTP à 20%,
- 7 dossiers (7,37%) avec un DFTP à 75%,
- 16 dossiers (16,84%) avec un DFTP à 50%,
- 17 dossiers (17,89%) avec DFTP non évalué,
- 25 dossiers (26,31%) avec un DFTP à 25%,
- 47 dossiers (49,47%) avec un DFTP à 10%.

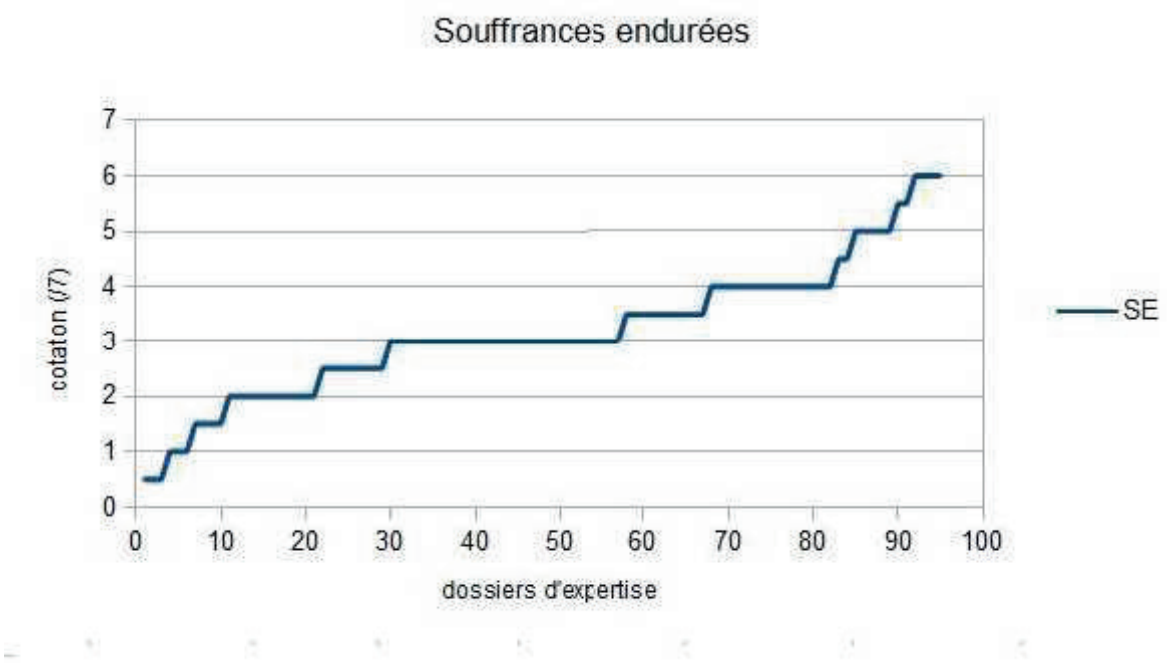

Figure 9 : Répartition des souffrances endurées en fonction des dossiers

-Les **souffrances endurées** s'élevaient en moyenne à 3,16/7 [0,5 ; 6], avec un écart-type de 1,22/7. La médiane est à 3/7 [2,5 ; 4].

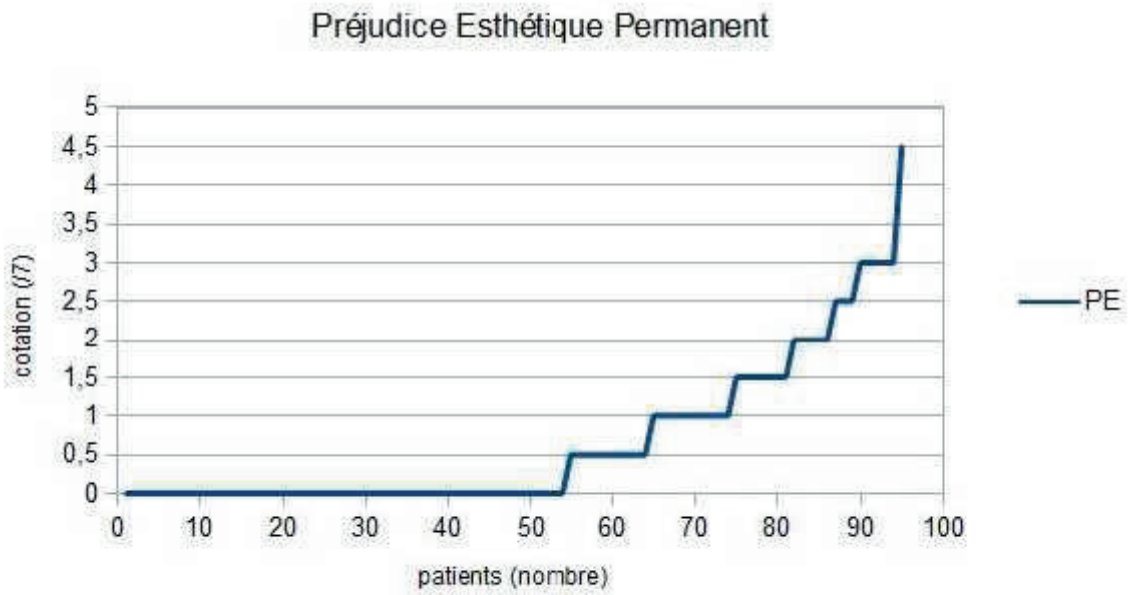

Figure 10 : Répartition du préjudice esthétique permanent en fonction des dossiers

Concernant le **préjudice esthétique temporaire**,

- 12 dossiers (12,63%) ne l'évaluaient pas (non demandé dans la mission),
- 16 dossiers (16,84%) l'incluaient dans les souffrances endurées, et 2 en partie (l'autre partie en

numérique),

- 55 dossiers (57,89%) avaient un PET nul. Au total, la moyenne du PET était à 0,44/7 [0 ; 6], 2 autres dossiers segmentaient la valeur du PET suivant les périodes.

Pour le **préjudice esthétique permanent**,

- 54 dossiers avaient un PEP nul. La moyenne était à 0,657/7, la valeur maximale à 4,5/7.

Concernant le **préjudice d'agrément**, son existence était mentionnée dans 33/95 dossiers (35%). Il n'a pas été détaillé les activités concernées pour cette étude.

Concernant le **préjudice sexuel**, il était mentionné dans 47/95 dossiers (49,47%), dont 5 dossiers sans échelle numérique.

La moyenne était de 0,2/7 [0; 2,5]. On notait 32 dossiers (33,68%) avec un préjudice sexuel évalué à 0/7.

L'**incidence professionnelle** était mentionnée dans 5 dossiers :

3 dossiers mentionnaient qu'il y aurait une incidence sur la carrière, 1 dossier mentionnait une impossibilité aux OPEX, 1 dossier mentionnait l'inaptitude TAP.

Concernant le **préjudice d'établissement**, il était mentionné inexistant dans 5 dossiers (5,26%).

Concernant les **frais futurs**, ils étaient mentionnés 3 fois (3,16%) : 2 où il était inexistant, et une fois au sujet des traitements médicamenteux.

Concernant le **PGPA**, il était mentionné 4 fois (4,21%) : 3 sous forme de périodes et une fois sous la forme des conséquences financières de l'inaptitude TAP.

Les autres postes de préjudice n'étaient mentionnés dans aucun dossier.

Concernant les **séquelles** reconnues imputables à l'accident initial :

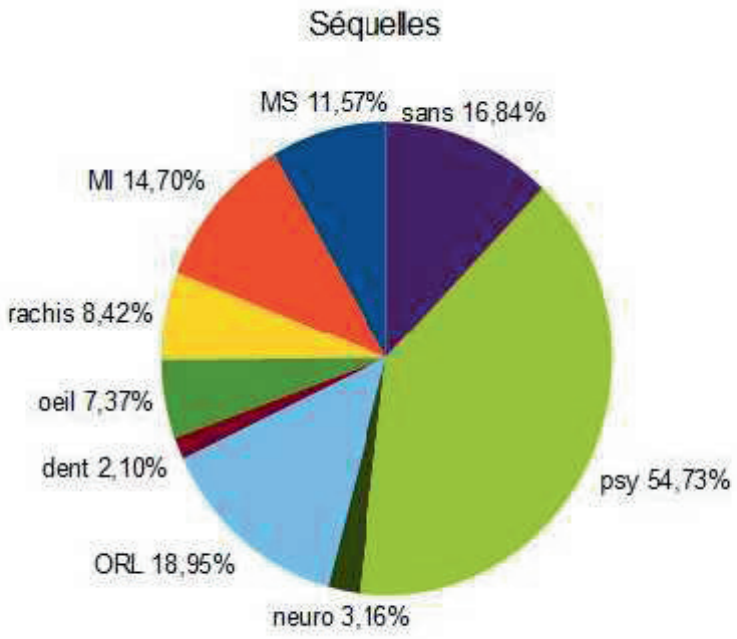

Figure 11 : Répartition des séquelles en % des dossiers

1) Les troubles des **membres supérieurs** concernaient 11 dossiers/95 (11,57%) **:**

Dont, au niveau de l'épaule (5 dossiers), du bras (3 dossiers), des mains (3 dossiers), diffuses (2 dossiers).

2) Les troubles des **membres inférieurs, de la marche** concernaient 14 dossiers/95 (14,7%) :

Dont : pied (2 dossiers), cheville (4 dossiers), genou (5 dossiers), diffuses (4 dossiers).

3) Les séquelles **rachidiennes** concernaient 8 dossiers/95 (8,42%) :

Lombalgies ou lombo-sciatalgies sans déficit moteur.

4) Les séquelles **oculaires** concernaient 7 dossiers/95 (7,37%) :

dont : cécité complète bilatérale (1 dossier), cécité complète unilatérale (2 dossiers), cécité partielle unilatérale (3 dossiers), lésions oculaires isolées (1 dossier).

5) Les séquelles **dentaires** concernaient 2 dossiers/95 (2,1%) :

Atteinte dentaire unilatérale dans les 2 cas avec implant pour 1 dossier.

6) Les séquelles **neurologiques centrales** concernaient 3 dossiers/95 (3,16%) :

Hémiparésies et algies (1 dossier), troubles cognitifs dans 2 dossiers.

7) Les séquelles **ORL (hypoacousie/acouphènes)** concernaient 18 dossiers/95 (18,95%) :

Les troubles auditifs purs concernaient 6 dossiers : 3 acouphènes et 6 hypoacousies.
Les dossiers avec troubles auditifs associés concernaient 12 dossiers avec 3 dossiers présentant une hypoacousie seule, 5 dossiers présentant des acouphènes seuls, et 4 dossiers présentant les 2 symptômes.

8) Les séquelles **psychiques** concernaient 52 dossiers/95 (54,73%) :

- 33 dossiers indiquaient des séquelles pures d'ESPT.

- 19 dossiers retrouvant en partie des séquelles d'ESPT (dans l'ensemble, des troubles anxieux phobiques spécifiques, (+/-) syndrome de répétition (+/-) réminescences)

9) Les dossiers **sans séquelles** représentaient 16 dossiers/95 (16,84%).

Concernant le **taux d'évaluation des séquelles** en PMI et Brugnot :

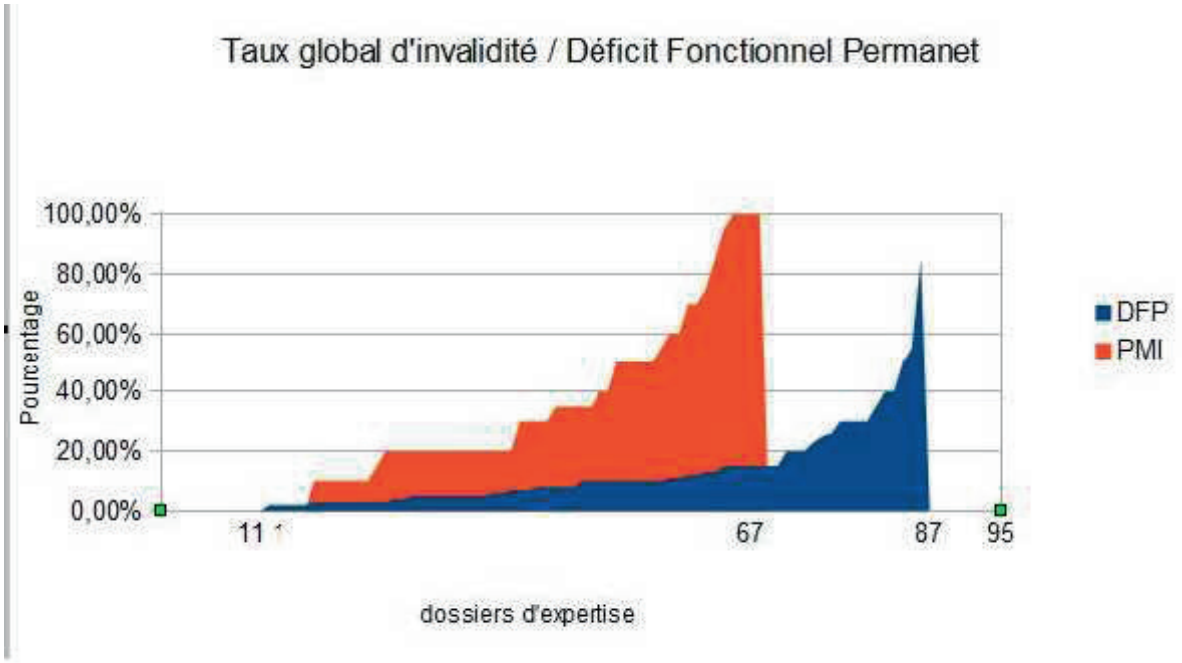

Figure 12 : Répartition du DFP et du taux de PMI en fonction des dossiers

Concernant le **DFP** : La moyenne des DFP était de 11,61% [0 ; 85], la médiane à 8% [3 ; 15], l'écart-type de 13,9%.

9 dossiers n'avaient pas de DFP demandés (selon la mission)

12 dossiers avaient un DFP nul (0%).

Concernant les **PMI** : le taux d'invalidité moyen concernant les PMI définitives s'élève à 28,38% [0 ; 100], l'écart-type de 30,26%. La médiane est à 20% [0 ; 42,5%]

19/95 dossiers (20%) n'ont pas donné lieu à des PMI (taux < 10%), 2 dossiers étaient en cours d'instruction, 9 dossiers n'ont pas été à priori demandés.

Seules ont été comptées les PMI des blessures de guerre relatives à l'Afghanistan.

Dans les dossiers examinés, on notait 3 dossiers avec un taux de PMI de 55% avec les blessures hors guerre, 30% avec les blessures de guerre seules (correspondant toutes à des séquelles d'ESPT).

4 dossiers étaient à 100% avec respectivement des taux de surpension à : 0°, 9°, 13°, 13°.

17 dossiers étaient sous prescription triennale, du fait du caractère non définitif, ils n'ont pas été inclus dans la moyenne calculée.

IV. Situation professionnelle et familiale au moment de l'expertise :

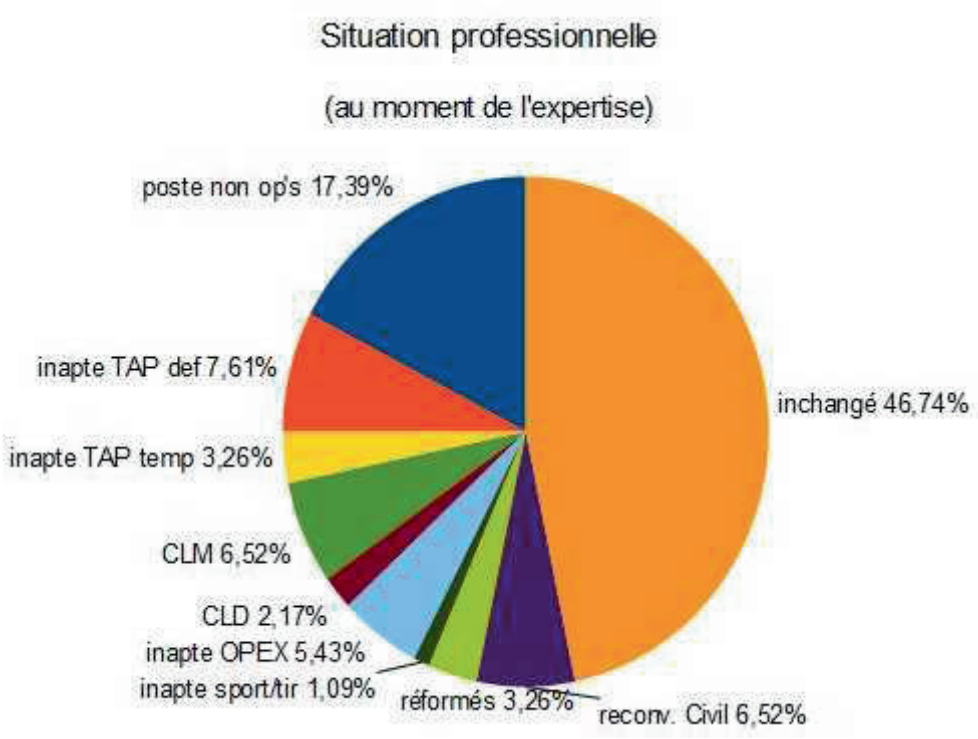

Figure 13 : Répartition des conséquences professionnelles en % des dossiers

Sur le plan professionnel,

Sur l'ensemble des victimes (n=89), au moment de l'expertise :

Au total, 46 sur 89 soit 51,68% étaient actuellement inaptes partiellement ou totalement, temporairement ou définitivement, dans leurs activités habituelles de militaires.

Les autres (soit 43 sur 89 [46,74%]) avaient repris leur travail et/ou leurs aptitudes au moment de l'expertise.

Sur le plan familial, après la blessure,

-6 cas sur 89 [6,74%] de séparation ou divorce ont été rapportés au moment de l'expertise, chaque patient rapportant que la blessure était considérée comme en partie responsable de cet état.

-10 [11,23%] ont eu des enfants (9 avec un enfant, 1 avec 2 enfants) dans les suites de la blessure, l'un d'eux s'est également marié.

-Les autres cas soit 82% de la population concernée ne présentait pas d'évolution de sa situation familiale entre la blessure et le moment de l'expertise.

Il n'a pas été évalué l'existence de conflits dans les relations familiales ou sociales.

V. Part des troubles psychiques post traumatiques :

On retrouvait 14 (14,73%) etats de stress aigus (1 seul strictement isolé) dont 12 résolutifs (donc sans séquelles), 2 ont présenté des ESPT avec séquelles au moment de la consolidation.

On notait 26 dossiers (27,36%) présentant des troubles psychiques purs (25 ESPT et 1 ESA évolué en ESPT),

30 dossiers (31,57%) avec des séquelles d'ESPT (en plus des lésions initiales et/ou séquellaires organiques).

39 dossiers (41,05%) ne présentaient pas de signes d'ESPT, dans les suites de l'accident ou en séquelles.

Pour les dossiers d'ESPT purs,

- l'âge moyen des sujets était de 29,5 ans au moment des faits,
- le DFP moyen à 8,96% [3 ; 20], la médiane à 20%,
- les souffrances endurées à une moyenne de 3,09/7 [2 ; 4],
- on retrouvait 2 dossiers/26 avec un préjudice esthétique à 1/7 de moyenne [0,5 ; 1,5],
- 4 dossiers/26 avec notion de préjudice d'agrément,
- 6 dossiers sur 12 évalués mentionnant un préjudice sexuel.
- En PMI, le taux moyen d'invalidité était de 28,91% [0 ; 60], la médiane à 20%. Un dossier retrouvait un taux < 10% donc non indemnisé, 2 dossiers n'ont pas été demandés ou ont été rejetés. Une demande était en cours.

PARTIE IV : DISCUSSION :

I. Généralités :

Il s'agit de la première étude médicale consacrée aux militaires français blessés en Afghanistan et bénéficiant d'une expertise Brugnot. Cette nouvelle modalité d'indemnisation est encore relativement jeune, peu connue, et en pleine expansion.

On retrouve dans la littérature quelques thèses anciennes sur le sujet des PMI, mais aucune étude statistique développée sur le sujet.

L'Afghanistan a été choisi comme territoire de choix pour les blessures de guerre pouvant amener à une demande de réparation, car ce fut le théâtre d'opérations le plus meurtrier du XXIème siècle pour l'armée française, notamment sur la période 2010-2012.

Il fallait également se positionner vis-à-vis de la date de mise en application de la jurisprudence Brugnot ainsi que de la période de prescription quadriennale, l'Afghanistan paraissait donc le terrain le plus approprié pour mener à bien cette étude. Il est probable que les conflits récents (Mali, Centrafrique) formeront à l'avenir d'autres terrains d'études plus instructifs pour la décennie en cours.

Les récentes études traitant du blessé de guerre et de sa prise en charge post-lésionnelle ont été relativement variées et exhaustives [58; 59], décrivant de larges cohortes, regroupant de nombreuses données de sources différentes.

Leurs conclusions avaient des points communs en mettant en évidence la nécessité de passer d'une surveillance passive épidémiologique à une surveillance active "à l'américaine", en mettant en place un registre des traumatismes en opérations, il serait intéressant de faire de même pour les expertises de droit commun, pour le suivi sur le long terme de ces blessés de guerre.

Ces études, également, traitaient en partie plus ou moins importante des PMI mais les notions concernant Brugnot étaient assez limitées, et l'une d'elles [59] remarquait l'absence d'informations ou de sources de données évidentes à ce sujet, à la différence de l'ePMI permettant de trier assez rapidement les dossiers des demandeurs de PMI, leur taux d'invalidité ainsi que les séquelles concernées, il serait pourtant intéressant sur le long terme de disposer d'une telle base de données pour évaluer l'impact de ce nouveau régime d'indemnisation.

Si notre cohorte porte principalement sur les blessures de guerre, elle a également inclus les traumatisés physiques par d'autres mécanismes lésionnels (sport, chute), cependant leur proportion étant relativement marginale, ils ont été inclus dans cette étude dite "de guerre", bien que cela concerne une activité d'OPEX hors action de combat.

Si les Brugnot OPEX sont également centralisées sur le service du contentieux de Villacoublay, on ne peut oublier le nombre croissant de Brugnot demandés sur l'ensemble du territoire dans les services locaux du contentieux, évalués aux alentours de 1500/an. Les dossiers exclus de l'étude concernaient majoritairement des demandes d'expertise Brugnot concernant des traumatismes lors d'exercices de saut en parachute (survenus hors OPEX).

Il n'a pas été évoqué ni évalué dans cette étude l'aspect pécunier de ces expertises parce que

l'objectif était bien plus d'évaluer l'indemnisation de la blessure en opération extérieure en droit commun, à la différence du régime des PMI qui n'indemnisait que les séquelles de façon globale. Le volet financier ne concerne pas le médecin expert. Il était également interéssant d'évaluer la diversité des missions demandées à l'expert avec ce qui était défini dans cette jurisprudence toujours évolutive.

II. Caractéristiques des blessés :

Le profil type du blessé inclus était un homme de 30 ans, marié avec enfant(s), niveau baccalauréat, parachutiste dans un régiment opérationnel de l'armée de Terre. Ce résultat est ainsi comparable à la population des militaires français engagés sur les théâtres d'opérations, tels qu'évoqués dans d'autres études du blessé de guerre plus exhaustives, que ce soit en Afghanistan, ou sur l'ensemble des théâtres d'opérations récents.

Le régiment d'appartenance indique une forte proportion de blessés provenant de régiments dit opérationnels, à vocation d'intervention d'urgence ou de crise, avec une composante aéroportée, ayant déjà fait de nombreuses missions extérieures dans leur histoire. Cela est en accord avec les informations indiquant que la région Terre Sud-Ouest soit la plus concernée par ces expertises, sans qu'encore une fois nous ayons des statistiques exhaustives.

Si nous retrouvons quelques régiments de l'armée de l'Air, il s'agit bien souvent de commandos parachutistes de l'air, et non de pilotes ou personnels navigants.

A ce titre, dans une autre étude [59], on retrouvait une proportion relativement marginale de crashs d'avions, avec peu de blessés, cela explique probablement de ne pas avoir retrouvé d'expertise concernant ces derniers.

III. Caractéristiques des blessures initiales :

En dehors des dossiers marqués exclusivement par une symptomatologie psychique, la plupart des blessures surviennent par le biais d'engins explosifs lors d'actions de combat, bien au-dessus des blessures de type balistique.

Cela rejoint les analyses récentes sur les blessures de guerre en Afghanistan, françaises ou américaines, les engins explosifs, représentant l'origine majoritaire de survenue des blessures, en plus de modifier considérablement le profil du blessé, ce dernier étant plus exposé à des effets délabrants que létaux, ainsi qu'à une prise en charge longue et complexe.
A noter que notre étude retrouvait en majorité des engins explosifs type munitions de RPG, alors que les autres études retrouvaient plutôt des EEI, classés en seconde position dans notre étude.

En concordance avec l'agent vulnérant majoritairement incriminé, on retrouvait donc globalement des mécanismes lésionnels à type de "blast", en majorité primaire et secondaire, à l'origine de lésions internes (majoritairement ORL) et de lésions diffuses de polycriblage.

Les lésions corporelles retrouvées initialement siégeaient majoritairement au niveau des 4 membres (55,78% des dossiers), ce qui peut s'expliquer par le fait que ces parties du corps sont les moins

protégées par la tenue du soldat.

Toutefois, la répartition dans l'ensemble uniforme entre les 4 régions anatomiques (tête/cou, tronc, membres supérieurs, membres inférieurs) peut s'expliquer par ces lésions type polycriblage qui touchent l'ensemble du corps.

Au niveau de la tête et du cou, on notait une part importante de traumatismes sonores aigus, un point déjà mis en avant sur d'autres travaux universitaires [59], qui mettait en exergue un potentiel mauvais port de bouchons d'oreille. Les lésions crâniennes malgré le port du casque représentaient une part non négligeable. Ces points sont à souligner pour une prévention mieux adaptée à l'avenir, vu la fréquence et/ou la gravité potentielle de ces lésions, ou les séquelles résiduelles fréquentes, parfois invalidantes du point de vue professionnel et personnel.

Au niveau du tronc, on retrouvait en premier lieu les traumatismes rachidiens. Bien que plus rares, les lésions thoraciques s'accompagnaient de lésions des organes internes (pulmonaires), de même que les lésions abdominales et du bassin retrouvaient des plaies pénétrantes, principalement du colon, entraînant des tableaux initiaux assez graves et urgents dans la prise en charge.

Au niveau des membres supérieurs, les lésions des mains représentaient plus d'un tiers des cas, peu de fractures étaient cependant à signaler.

En revanche, au niveau des membres inférieurs, on retrouvait un certain nombre de fracture des os du pied, et un nombre conséquent de lésions diffuses des membres inférieurs.

Compte tenu du profil strict demandé pour obtenir une aptitude parachutiste, en particulier au niveau des membres inférieurs, ce tableau lésionnel est un élément à prendre en compte à l'avenir quant aux mesures protectrices continuellement évolutives. Nous verrons par la suite que cela a une certaine incidence socio-professionnelle dans les dossiers en question.

Bien que les lésions superficielles de polycriblage étaient majoritaires, on pouvait noter quelques dossiers mentionnant des lésions vasculaires et nerveuses avérées, une recherche de déficit vasculo-nerveux est donc à ne pas négliger lors de l'évaluation clinique initiale du blessé de guerre ainsi que de l'établissement du certificat médical initial

IV. Caractéristiques des expertises Brugnot :

Concernant la date de survenue de l'accident initial, la majorité des traumatismes sont survenus sur la période 2010-2012, cette période correspond aux 3 années les plus intenses en terme d'engagement opérationnel des forces alliées et donc aux 3 années recensant le plus grand nombre de blessés et morts français sur le théâtre afghan.

On peut également mettre cette augmentation progressive sur le compte d'une connaissance plus vaste des personnels de la jurisprudence Brugnot, mettant peut-être en évidence le fait que des blessures survenues plus tôt ont pu ne pas être prises en compte du fait de la prescription quadriennale.

Le délai de consolidation moyen se situait aux alentours d'1 an 1/2, avec certains dossiers présentant un délai allant jusqu'à 4 ans. On retrouve majoritairement des dossiers d'ESPT dans ces extrêmes (cf. Infra).

L'analyse de l'état antérieur indique une population en grande majorité sans pathologies particulières avant l'accident, ce qui s'explique par son jeune âge global et par la sélection (visite d'aptitude) à l'entrée dans l'armée. La plupart des pathologies retrouvées sont des séquelles de traumatismes sonores aigus ou de traumatismes des membres inférieurs, liées au sport ou aux activités aéroportées.

Concernant le déficit fonctionnel temporaire total, correspondant généralement aux périodes d'hospitalisation (ou aux périodes d'alitement total au domicile), on note que la moitié des dossiers ont une période inférieure ou égale à 1 semaine. Cela est notable car au final cela ne représente pas des frais d'hospitalisation conséquents.

Le déficit fonctionnel temporaire partiel retrouve un quart des dossiers avec un DFTP à 25%, et plus de la moitié avec une période de DFTP à 10% de la gêne totale.

Vis-à-vis des résultats du DFTT et du DFTP et en regard du tableau des blessures initiales, on peut mettre cette "récupération rapide" partiellement sur le compte de la capacité physique de base de ces militaires entraînés, pouvant expliquer une plus rapide sortie d'hôpital et des plus courtes périodes de gêne importante.

Cependant, le délai de consolidation important peut paraître paradoxal, mais il faut mettre en avant la grande part d'ESPT notées dans ces expertises et leur délai moyen de 18 à 24 mois de consolidation.

Dans les deux évaluations de déficits fonctionnels temporaires (total et partiel), on notait une quinzaine de dossiers où ils n'avaient pas été demandés dans la mission confiée à l'expert.

L'évaluation des souffrances endurées est une véritable avancée pour tous les blessés de guerre, les pensions militaires d'invalidité ne permettaient que d'indemniser les séquelles mais ces soldats traumatisés peuvent désormais prétendre à une réparation et à une reconnaissance d'un pan majeur de leurs troubles pré-consolidation, qui comme on peut le constater, à une valeur en moyenne assez conséquente.

C'est également important en regard du peu (parfois l'absence) de séquelles physiques constatées entraînant un faible taux de PMI (parfois insuffisant pour obtenir réparation) ou un faible DFP, contrastant avec le tableau parfois important de la blessure initiale.

Concernant le préjudice esthétique et le préjudice sexuel, ils étaient côtés relativement faibles, les séquelles à ces niveaux apparaissant alors comme mineures.

Concernant le préjudice esthétique, si la divergence entre le tableau initial de blessures et les séquelles peu préjudiciables à ce niveau est à mettre en avant, on peut en conclure que les progrès actuels de la médecine et le savoir-faire des spécialistes, chirurgiens militaires a fait ses preuves, on peut toutefois regretter que l'ensemble des dossiers ne mentionne pas le préjudice esthétique

temporaire, soit par non-demande dans la mission, soit par usage de l'ancienne nomenclature (inclusion dans les souffrances endurées), alors qu'on constatait quand même un dossier l'évaluant en partie à 6/7.

Concernant le préjudice sexuel, si sa cotation apparaît dans l'ensemble comme "marginale", on peut regretter qu'il ne soit évalué que dans moins de la moitié des dossiers, même si son usage ne doit pas être systématique, mais son évaluation dans le cadre des ESPT devrait peut-être amener à revoir son utilisation relative (ou non) dans le cadre de l'évaluation d'expertise (cf. Infra).

Dans l'arrêt du 1er Juillet 2005, ne sont mentionnés que les souffrances endurées, le préjudice esthétique, le préjudice d'agrément, et le préjudice moral des ayants droits.

Cela étant, sur le site du Ministère de la Défense à compter du 19/06/2013 (annexe 2), la note d'information destinée aux blessés mentionne désormais ce chef de préjudice.

L'évolution récente du dommage corporel avec la nomenclature Dintilhac a conduit à déterminer le préjudice sexuel qui avant Dintilhac faisait partie du préjudice d'agrément, ainsi que le préjudice esthétique temporaire. De facto, il est probable que nombre de dossiers furent évalués selon l'ancienne nomenclature alors même que la nouvelle était en place depuis quelques années (au vu des dates des expertises qui sont de toute façon plus tardives que celles des blessures initiales, donc largement postérieures à 2005).

On retrouvait une mention d'un préjudice d'agrément dans environ un tiers des dossiers, les victimes sont bien souvent des militaires en bonne forme physique avec des activités de loisirs hors travail souvent sportives et exigeantes, il est normal que l'on retrouve souvent ce préjudice.

L'incidence professionnelle n'était mentionnée que dans 5 dossiers (donc dans 5 missions), ce qui discorde avec les situations professionnelles constatées au moment de l'expertise, la moitié des dossiers rapportant une inaptitude partielle dans certains postes du militaire, que ce soit pour le parachutisme (pour des militaires bien souvent dans des régiments ayant cette vocation), les missions extérieures... Il conviendrait à l'avenir que ce chef de préjudice soit rapporté de manière plus systématique dans les missions demandées à l'expert.

Comme écrit plus haut, la perte de l'aptitude parachutiste (ou troupes aéroportées T.A.P.) obéit à des recommandations très strictes dans le profil médical d'aptitude médicale du militaire SIGYCOP (membre Supérieur – membre Inférieur – état Général – Yeux – sens Chromatique – Oreilles – Psychisme), soit S2 I1 G2 Y3 C3 O2 P1 , sur une échelle allant de 1 à 5 (0 à 5 pour le P), les lésions des membres inférieurs telles que référencées dans les textes [60] , laissent peu de place aux séquelles, ainsi on peut quand même conclure que l'expertise Brugnot est une réelle avancée dans la mesure où ces soldats d'unités parachutistes, combattantes et souvent exposées, ont un fort risque de perdre leur aptitude qui est le fondement de leur carrière.

Pour obtenir davantage que l'indemnisation des souffrances et des préjudices esthétique, sexuel ou d'agrément, et en particulier pour obtenir l'indemnisation d'un préjudice de carrière (distinct de celui lié à la perte de revenus liée aux périodes non travaillées et à l'éventuelle limitation définitive de la capacité de travail), il faut saisir le tribunal administratif sur le fondement du régime de la responsabilité « classique » et, donc, démontrer la faute de l'Etat.

Ce point semble important, car des militaires ayant été gravement blessés sont nécessairement

inaptes à la poursuite de leur activité opérationnelle, ce qui les conduit, soit à être reclassé dans un poste sédentaire (où certains nourrissent un sentiment d'abandon de l'Institution [61]), soit à quitter l'Institution pour un métier de reconversion dans le meilleur des cas ou, à défaut, une retraite forcée.

Un accidenté de la route, par exemple, bloqué dans la poursuite ou l'évolution de sa carrière du fait des conséquences de son accident, sera, quant à lui, indemnisé pour cela sous la rubrique « préjudice de carrière ». Cependant, la jurisprudence Ledrich de 2009 est censé amener à la réparation de ce type de préjudice, on peut mettre ceci sur le compte d'une éventuelle méconnaissance de celle-ci dans les missions demandées par les bureaux du contentieux, aux experts.

On rapportait également quelques cas de problèmes familiaux en lien avec l'accident, un seul dossier rapportait la question du préjudice moral des ayant droits, qui est pourtant la base de l'action judiciaire entreprise par la mère du soldat Brugnot.

Il conviendrait de l'inclure désormais plus souvent dans les dossiers des blessés de guerre, la place importante des troubles psychiques post-traumatiques entraînant en partie une altération des relations avec l'entourage proche de la victime, pouvant parfois conduire à des ruptures potentiellement préjudiciables pour ces proches.

De plus, la nomenclature Dintilhac incluait bien des préjudices dits "par ricochet" pour les victimes indirectes, que sont les frais divers/pertes de revenus des proches et le préjudice d'affection.

Si la notion du préjudice moral des ayants droits est bien mentionnée dans la décision du Conseil d'Etat, l'information officielle transmise par l'Administration via le site du Ministère de la Défense (cf. annexe 2) : Il est précisé que ce ne serait qu'en cas de *« blessures très graves »* que les membres de la famille proche seraient susceptibles d'obtenir réparation de leur préjudice moral.

Il a été discuté du bien-fondé de cette notion de gravité de la blessure dans l'inclusion ou non du préjudice moral [52].

Dans le cas du dossier mentionnant ce préjudice, il s'agissait du divorce du postulant, cela illustre bien le cas de familles se disloquant après un événement lié à une blessure ayant frappé un militaire.

A ce titre, on pourra toutefois se dire que les ayants-droit ont pu faire l'objet d'une expertise Brugnot en dehors de celle de leur conjoint, par un expert différent, ayant conduit à réparation de ce préjudice moral (au moins un sujet des dossiers analysés est connu dans ce cas de figure).

Le préjudice d'établissement, peu évalué, et bien souvent comptabilisé à zéro, mérite toutefois de rester dans les missions demandées, parce que cela a été explicitement cité dans la jurisprudence de 2013 d'une part, et parce que c'est à l'expert de trancher sur sa présence ou non chez la victime, d'autre part.

Concernant enfin l'évaluation du taux d'invalidité en PMI comparé au DFP du Brugnot :

Le barème des PMI donne un taux apparaîssant plus important donc plus "favorable" aux blessés que le barême du droit commun. On notait quelques missions qui ne demandaient plus désormais le DFP même à titre indicatif, ce dernier n'étant pas indemnisé en Brugnot.

Toutefois, la notion dans cette étude de quelques dossiers indemnisés en Brugnot n'ayant pas de trace en PMI doit amener à réfléchir à soit que la notion d'un taux en PMI soit demandé systématiquement avant de définir un DFP, soit que le DFP ne soit plus indemnisé s'il y a une PMI effective.

On notera que le rapport simplifié indique désormais à l'expert de rechercher cette notion de PMI.

Cependant, la notion d'un DFP justifiant le préjudice d'agrément, il paraîtrait nécessaire qu'à minima, l'expert indique au moins s'il existe ou non.

Si le barême des PMI est effectivement généreux envers le blessé de guerre, notamment vis à vis des quelques dossiers avec surpension considérés, ainsi que des avantages divers qui les accompagnent (cf. Supra), il faut également noter qu'environ 20% des dossiers n'ont pas donné lieu à des indemnisations en PMI, alors que l'on trouvait de quoi définir quelques chefs de préjudice en Brugnot, à minima.

De même, les délais d'instruction assez longs d'une PMI (plus d'1 an en moyenne), et les rejets pour non-conformité peuvent expliquer certains dossiers non instruits alors qu'ils l'ont été en Brugnot.

Le blessé de guerre cherche à obtenir réparation de son traumatisme subi, le fait de pouvoir obtenir gain de cause même de manière légèrement substantielle en Brugnot à la différence d'un rejet de son dossier en PMI, représente une avancée considérable pour toutes ces victimes qui se sentent bien souvent délaissées et mal prises en charge par l'institution à l'issue de leurs blessures en conflit.

Au niveau des séquelles,

on retrouvait en majorité des séquelles psychiatriques (40% des dossiers) dont 1/3 environ avec uniquement ce type de séquelles. Il était notable de retrouver en droit commun environ 10% de dossiers sans séquelles, à mettre en parallèle avec le nombre de dossiers n'ayant pas donné droit à réparation en PMI. En parallèle des TSA constatés initialement, les séquelles ORL sont nombreuses juste derrière les séquelles psychiatriques, à type d'acouphènes ou d'hypoacousie.

On notait également environ un quart (23,12%) de dossiers avec des séquelles au niveau du rachis et des membres inférieurs, un élément à prendre en compte chez ces personnels parachutistes et qui peuvent donner lieu à des inaptitudes et donc à des préjudices professionnels.

La part notable des lésions initiales et/ou séquelles liées à un tableau auditif ou psychique est également intéressant que ces pathologies soient prises en charge de manière plus précoce et efficaces, de manière à minimiser le risque de séquelles amenant par la suite à des prejudices.

Ce n'est pas la première étude à mettre en avant la part importante d'ESPT et de TSA touchant les blesses de guerre, et les progrès à ce niveau sont constants et progressifs.

De même, il est interéssant de noter le tableau initial touchant le tronc dans 1/3 des cas et de ne retrouver aucune séquelle relative à ce niveau.

L'absence d'études antérieures à la nôtre correspondant les expertises Brugnot ne permet pas d'avoir de recul à l'heure actuelle sur la situation

Cependant, on peut se permettre la comparaison avec le système de réparation des blessés de guerre américain. Il a été mis en avant les mêmes soucis de délai d'évaluation des blessés, des systèmes différents de taux d'invalidité et des procédés différents de calculs de pension [58]

Comme en France où une mission d'expertise commune Brugnot/PMI a été envisagée en 2014, un système plus harmonieux d'évaluation du handicap est à l'étude.

V. Troubles psychiques post-traumatiques :

La part des troubles psychiques dans les dossiers analysés était assez importante, 26 dossiers concernant uniquement des troubles psychiques post-traumatiques (ESA ou ESPT), et 30 dossiers indiquant des troubles psychiques associés à des lésions corporelles.

Seuls 39 dossiers (41%) indiquaient une absence de troubles psychiques à type d'ESPT associés.

Les troubles psychiques post-traumatiques, principalement les ESPT, sont une problématique majeure pour les armées modernes et leurs Services de Santé.

D'environ 30 à environ 50% [59; 61; 62] des blessés en mission présenteraient des troubles psychiques associés.

Les discordances dans les statistiques sont généralement mises sur le compte de la difficulté du repérage de ces troubles, et de l'absence de moyens fiables pour le suivi épidémiologique de ces troubles [58; 59]

Dans notre étude, c'est même 69% des blessés qui présentaient un trouble psychique associé, dont environ un tiers présentant purement des troubles psychiques.

L'intérêt de cette étude couvrant des dossiers remontant jusqu'à 2005 est de pouvoir avoir un minimum de recul quand à la survenue de ces symptômes et leurs séquelles, du fait de la durée de latence à l'apparition des symptômes, mais aussi à leur consolidation.

Il est classique de consolider les ESPT au bout de 18 à 24 mois.

Cependant, certains dossiers n'étaient considérés comme consolidés qu'au bout de 4 ans, majoritairement en raison des troubles psychiques, cela laisse à penser qu'une nouvelle étude plus tardive sur ces expertises Brugnot montrerait une sous-évaluation des troubles psychiques dans cette étude par rapport à la réalité, du fait de ce délai de « latence ».

La part des troubles psychiques post-traumatiques en dehors de toute lésion corporelle montre également la nécessité d'un dépistage actif sur le théâtre opérationnel et au retour en unité. Si les dates des accidents initiaux pour les traumatismes corporels correspondaient à des dates précises, on constatait fréquemment dans les dossiers d'expertise concernant des ESPT purs que les événements initiaux ne correspondaient pas à un incident unique mais bien plus à une pluralité d'incidents vécus par la victime, sur des périodes s'étalant sur plusieurs semaines, voire plusieurs mois.

Concernant la différence entre PMI et Brugnot concernant les ESPT, on se rend compte que les séquelles indemnisées donnent généralement lieu à un DFP assez mineur, de même qu'un taux de PMI assez faible aux alentours de 20% de taux d'invalidité.

En revanche, la part des souffrances endurées se situe dans la moyenne constatée, aux alentours de 3/7, de même que les ESPT les plus sévères donnaient lieu à un préjudice d'agrément et un préjudice sexuel lié à cet ESPT. Cependant, ces mêmes dossiers donnaient lieu à un taux de PMI plus élevé, environ 60%.

Mais, à nouveau, c'est bien la reconnaissance des troubles pour la victime qui est importante.

On notait que dans environ moitié des dossiers d'ESPT purs, le préjudice sexuel n'était pas évalué tandis que dans l'autre moitié où il était évalué, 50% présentaient un préjudice de ce type.

Il serait intéressant dès lors d'inclure ce préjudice à titre systématique même en l'absence de lésion corporelle locale, du fait de la forte part de troubles psychiques post-traumatiques.

Les armées françaises ont été particulièrement sensibilisées à la prise en charge des troubles psycho-traumatiques avec l'évolution du contexte opérationnel sur le théâtre afghan, conduisant à renforcer les dispositifs du soutien psycho-social et du soutien médicopsychologique des militaires engagés en opérations. Le conflit en Afghanistan aura permis une véritable modernisation du dispositif français d'accompagnement des personnels engagés.

Dans une étude précédente réalisée par nos soins [63], nous évoquions le cas particulier des expertises psychiatriques dans le cadre de la jurisprudence Brugnot : Les OPEX ayant conduit à de nombreux stress post traumatiques, dans un premier temps les expertises ont été confiées à des médecins psychiatres des armées.

Le problème était dans la détermination des postes de préjudices en particulier les souffrances endurées, les taux était voisin souvent de 6/7, parfois 7/7...

Cela s'expliquait du fait que ces psychiatres militaires ne sont pas forcément formés à la réparation en dommage corporel, ces expertises ont donc été confiées aux médecins réservistes experts diplômés :

- ils avaient donc recours au guide de cotation des souffrances endurées émis par la société française de médecine légale en 2007 et qui sert de référence en droit commun. A ce titre, le maximum pour un traumatisme psychiatrique est 3,5/7 on peut aller jusqu'à 4/7 pour un psycho-traumatisme grave mais de façon très exceptionnelle.
- Quant au DFP, le médecin expert utilise le questionnaire PCLS. Bien que non psychiatre et donc conduisant probablement à une dysévaluation de ce préjudice, rappelons qu'en jurisprudence Brugnot, le DFP n'est pas indemnisé il est uniquement déterminé à titre indicatif.
- Les préjudices sexuel, d'agrément et esthétique posent peu de problèmes à évaluer car généralement ils sont la conséquences des traitements.

Concernant l'évaluation des ESPT en PMI,

La législation française des Pensions Militaires d'Invalidité et des Victimes de la Guerre retient officiellement le terme de « troubles psychiques de guerre », elle ouvre donc une possibilité d'indemnisation.

Aux termes de la législation, les troubles psychiques de guerre sont considérés comme des blessures, et sont donc susceptibles d'être indemnisés à partir de 10% de pourcentage d'invalidité.

Comme pour les autres infirmités, l'imputabilité éventuelle au service des troubles psychiques de guerre résulte des dispositions prévues aux articles L.2 (régime de la preuve) ou L.3 (régime de la présomption d'imputabilité) du Code des PMI.

Le décret du 10 janvier 1992 actualise la réglementation relative à la description des troubles psychiques dans leur ensemble et fixe les modalités d'évaluation des taux d'invalidité, et distingue six niveaux de troubles en les évaluant comme suit :

- Absence de troubles décelables : 0 p. 100 ;
- Troubles légers : 20 p. 100 ;
- Troubles modérés : 40 p. 100 ;
- Troubles intenses : 60 p. 100 ;
- Troubles très intenses : 80 p. 100 ;
- Destruction psychique totale avec perte de toute capacité existentielle propre, nécessitant une assistance de la société : 100 p. 100.

L'évaluation des pourcentages d'invalidité ne se fait pas de 5 en 5 mais de 20 en 20, liberté étant donnée de retenir le cas échéant un taux intermédiaire [64] , voire un taux supérieur aux indications du barème [65]

Aux termes du décret, les médecins experts de l'administration doivent conduire leurs expertises selon des modalités précises, notamment en procédant à plusieurs entretiens (trois en moyenne) avec le postulant à pension, afin de leur permettre d'établir l'importance des troubles objectivés et leur filiation éventuelle avec un fait traumatique de guerre.

Concernant la reconnaissance de l'imputabilité au service, le décret du 10 janvier 1992 prévoit que l'expertise médicale peut parfois accéder au rang d'élément décisif de la preuve, en raison de l'apparition souvent retardée de la symptomatologie [66]

Le Conseil d'État a jugé que le décret du 10 janvier 1992 n'avait pas eu pour effet de modifier les règles d'imputabilité au service édictées aux articles L.2 et L.3 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre [67]

Il en résulte que l'expertise médicale, n'est prise en compte que comme un simple élément de la preuve, ce qui, en pratique, ne permet pas la reconnaissance de l'imputabilité au service des troubles psychiques de guerre sur cette base unique et entraîne donc, dans ce cas, un éventuel rejet des demandes de pension. [68]

VI. La réparation du blessé de guerre à l'étranger :

Concernant les combattants de la 1ère Guerre Mondiale, alors qu'en France, la pension se voyait attribuée en fonction des grades militaires et du taux d' invalidité, elle était fonction en Grande-Bretagne, de la situation civile et prélevée sur des fonds spéciaux. Aux Etats-Unis tous les pensionnés touchaient la même pension quelque soit le grade ; en Italie, la différence se trouvait dans le lieu de résidence : campagne ou ville.

En comparant les pensions pour un invalide 100%, marié avec 3 enfants et en prenant pour base 100 la pension française (64), on obtenait les équivalences suivantes :

Allemagne : 75 - Etats-Unis : 207 -Autriche : 28 - Grande-Bretagne : 126 - Canada: 227 - Italie : 120

Les militaires d'active américains, en cas de blessure grave en service, s'ils présentent les critères requis, sont financièrement pris en charge, depuis 2004, par le programme AW2 (*US Army Wounded Warrior Program*) puis éventuellement par le VBA (*Veterans Benefits Administration)*. [58]

Les blessés les plus sévères doivent répondre aux critères suivants :

- blessures ou une pathologie médicale en lien avec le service, survenues après le 10 septembre 2001 ;
- taux de handicap supérieur ou égal à 30% dans une ou plusieurs des catégories suivantes : ESPT, traumatisme crânien, troubles de la vision/de l'audition, maladie incurable avec espérance de vie limitée, amputation, lésion médullaire, brûlure sévère, paralysie, défiguration ;
- Ou taux de handicap supérieur ou égal à 50% pour toute autre affection directement liée à une opération de combat.

Les prestations du VBA s'inscrivent dans différent domaines :

1. Compensations financières (taux de handicap d'au moins 10%, en lien avec le service) et pensions pour les vétérans (ayant servi durant la guerre, présentant des incapacités permanentes et totales non imputables au service...) et ayants-droit,
2. Soins médicaux (si taux de handicap de 100% : soins médicaux gratuits et d'autres services : dentaires, prothèse, auditifs... si entre 50 et 100% : même chose sauf soins dentaires (sauf si pensionnés pour ce type de lésions)).
3. Education (bourses, financements de scolarité... concernent également les ayants-droit).
4. Emploi et réinsertion professionnelle (programmes d'aide au retour à l'emploi, conseils d'orientation professionnelle, formations complémentaires...)
5. Emplois réservés dans certaines institutions d'état (FBI, CIA...).
6. Aides à domicile (si impossibilité à récupérer un emploi),
7. Prêts (de financement, logement, allocations d'adaptation de logement...),
8. Assurance (créé par le VA face au coût important des assurances privées),
9. Prestations de handicap (équipement du domicile, du véhicule, soins de prothèse…) + indemnité annuelle d'habillement,
10. Reconnaissance militaire : la médaille « *Purple Heart* » , aux personnels de l'armée américaine blessés ou tués en service, en fonction de critères précis : lors d'une action dirigée contre un ennemi des Etats-Unis d'Amérique ; en servant dans les forces armées américaines ou alliées des USA, par action d'un ennemi armé hostile, d'acte de terrorisme, ou en étant prisonnier de guerre...

Il est à noter que les blessures accidentelles ou les ESPT ne rentrent pas dans ces critères.

En 2007, on notait que près de la moitié des vétérans d'Irak et d'Afghanistan avaient un ESPT éligible à une compensation financière.

On retrouve dans l'ensemble des similitudes entre les 2 systèmes d'indemnisation, notamment cet aspect de reconnaissance et de bienveillance de la Nation vis-à-vis du blessé de guerre, qui se matérialise par une aide pas seulement financière à leur égard, le système américain apparaît également mieux organisé dans son ensemble. En revanche, on retrouve cette même problématique complexe de la gestion des ESPT en réparation du dommage.

VII. Limites de l'étude :

Le caractère rétrospectif de l'étude conduit obligatoirement à une perte d'informations, avec des données manquantes et des données non rapportées.

Même si les dossiers récupérés couvraient une période assez large de blessures survenues en OPEX sur le territoire Afghan, elle n'en est pas pour autant exhaustive, notamment vis à vis des chiffres présentés concernant le nombre d'expertises Brugnot annuelles. Si les principaux médecins experts réservistes ont pu être contactés concernant leurs expertises répondant à nos critères, il ne faut pas oublier que des médecins militaires des forces ou d'autres médecins experts réservistes ont pu ponctuellement être requis pour réaliser ces expertises, il est donc plus que probable que nous ayons des données manquantes concernant cette période.

De même, même si la région Sud-Ouest est probablement la plus fournie en demande d'expertises Brugnot du fait de la proportion considérable de régiments parachutistes et/ou opérationnels, de régiments des forces spéciales, il aurait été interéssant de pouvoir récupérer la part d'expertises Brugnot concernant des personnels de la Marine Nationale, ou des régiments de la Légion Etrangère. L'absence de bases de données précise concernant les dossiers et les experts a en partie contribué à limiter ce travail.

Il est probable que les expertises Brugnot concernant des traumas en OPEX relativement bénins aient pu être confiés à des médecins d'unité, laissant les dossiers les plus importants et complexes aux médecins experts ayant de l'expérience, conduisant potentiellement à une surestimation des lésions et/ou séquelles d'une certaine gravité.

La fin de la période d'inclusion de notre étude était le 31 décembre 2012. Ainsi, le délai était trop court pour pouvoir évaluer la réinsertion socio-professionnelle de l'ensemble de la cohorte, certains blessés étant encore dans le parcours de soins lors du recueil des données.

Pour cette même raison, il n'a pas été possible, pour les PMI, de comparer l'instance initiale et le renouvellement à 3 ans pour tous les blessés.

Il est également probable que l'incidence des troubles psychiques post-traumatiques soit sousestimée en raison d'une période d'évaluation trop courte entre la blessure et le recueil de données, certains patients de la cohorte ayant pu développer un tel trouble par la suite.

VIII. Perspectives d'avenir de la réparation du militaire blessé en service :

Notre étude portant sur un point assez peu connu du système de réparation des militaires, il serait souhaitable que d'autres études complètent progressivement ce travail à l'avenir.

Des études centrées sur les Brugnot non OPEX via les services locaux du contentieux, sur les Brugnot OPEX des autres zones militaires, par exemple, ou encore une comparaison de

l'indemnisation en Brugnot faite entre les médecins experts et ceux non experts comme ce fut le cas pour l'étude sur les Badinter.

Pour ce qui est du système en lui-même, il serait interéssant de proposer à l'avenir une véritable mission adaptée à la nomenclature Dintilhac, qui comprenne clairement tous les postes de préjudice indemnisables. Le conseil d'etat ayant précisé sa vision en 2013, il faudrait désormais que les missions proposées aux experts soient homogénéisées selon cette dernière jurisprudence, que le rapport simplifié se montre plus exhaustif quant aux postes de préjudice mentionnés.

La question ne serait pas d'une "surindemnisation", mais que même si ces postes sont non indemnisés ou considérés, que le blessé se sente réparé ou tout du moins évalué dans l'intégralité de son dommage.

Il a été évoqué la possibilité de réaliser une expertise unique PMI-Brugnot [57] :

Le but consisterait à rationnaliser la réparation du dommage corporel des militaires victimes d'accidents de service dans une « vision globale » permettant une meilleure compréhension pour le postulant, une économie des expertises, de faciliter la désignation des experts et éviter le « chevauchement d'indemnisation ».

Elle concernerait les blessés les plus graves en OPEX et hors OPEX (procédure accélérée), ceux pour qui la date de consolidation serait tardive, ainsi que les maladies.

En dehors de cette population, l'expertise Brugnot pourrait servir pour la consolidation administrative triennale en PMI, en faisant l'économie d'une expertise par un médecin agréé du réseau PMI

Ce rapport mentionnait le fait que *« l'évaluation de l'AIPP semble surabondante »* cependant elle doit être mentionnée vis à vis du préjudice d'agrément.

La mission serait calquée sur la mission Dintilhac de droit commun 2006, en adaptation la mission remaniée par la DCSSA (annexe 1) pour y inclure la description des infirmités selon le code et le guide-barême des PMI.

Chaque mission serait personnalisée au cas par cas par le médecin conseil expert de la SDP.

Le MCE de la SDP serait chargé de l'analyse critique de l'expertise et de la proposition du taux global d'invalidité.

L'imputabilité au service se ferait selon les règles habituelles en PMI (preuves, présomptions), pour les règles habituelles en services locaux du contentieux (SLC), les critères d'imputabilité médico-légaux du droit commun pourraient glisser vers ceux plus généreux de la PMI.

L'évaluation des préjudices extrapatrimoniaux est laissée à l'appréciation du SLC, ce qui rejoint un des points évoqués plus haut (quant à une liste de postes de préjudices plus exhaustive).

De manière plus générale, concernant la médecine légale aux armées :

Il avait été mis en évidence que l'armée americaine dispose du système de médecine légale militaire le plus developpé au monde avec de nombreuses ramifications a partir du socle de base qu'est l'*Armed Forces Institute of Pathology* (AFIP).

En France, c’est l’Institut de Recherche Criminelle de la Gendarmerie nationale (IRCGN) qui constitue le socle militaire de la médecine légale. Il avait été évoqué la possibilité de créer un réseau médico-legal militaire plus vaste en intégrant les médecins légistes d’active et de réserve et les médecins militaires qualifiés en réparation juridique du dommage corporel, pour lancer de facon fiable et solide la medecine légale aux armées.

Le réseau de médecins qualifiés en réparation juridique du dommage corporel et en victimologie pourrait entre autres faire remonter des informations à cette fédération de médecine légale afin d'améliorer la connaissance des phénomènes violents aux armées [69].

CONCLUSION :

Le Conseil d'Etat, par la décision Brugnot, a établi une certaine égalité entre les fonctionnaires et les militaires, que l'on pourrait corréler avec le basculement de militaires exclusivement de carrière, au recrutement de militaires sous contrat...

Le militaire victime d'un préjudice corporel par le fait ou à l'occasion du service est prioritairement indemnisé dans le cadre du CPMIVG. Il prévoit la reconnaissance de la Nation, le droit à une réparation et le devoir de mémoire.La réparation prend la forme d'une pension d'invalidité sous forme d'une rente, et d'autres avantages, comme les soins gratuits ou l'appareillage des infirmités.

Le CPMIVG manque désormais de cohérence car il cumule diverses dispositions adaptées au fil du temps, certaines apparaissant datées, nonactualisés.
Sa très grande complexité, aggravée par une abondante jurisprudence, est à l'origine d'une pesanteur administrative aussi bien pour la victime que pour l'institution.
Le droit à réparation doit s'adapter à la professionnalisation des armées et à un contexte davantage marqué par les opérations extérieures et les actes de terrorisme, que par la guerre.

L'État, dans la prise en compte du préjudice patrimonial, propose le maintien en service, éventuellement dans le cadre d'une dérogation, dans un emploi ou une spécialité compatible avec l'infirmité présentée voire dans le cadre d'un autre statut (civil).
Cette réorientation peut se traduire par une perte (non indemnisée) des primes de la spécialité d'origine.
On peut toutefois noter que chaque individu est libre de souscrire un contrat d'assurance privée, qui peut prévoir une indemnisation en cas de préjudice professionnel [réforme ou réorientation suite à une pathologie liée au service et s'accompagnant d'une perte des primes et indemnités (ex: perte de la solde à l'air pour un personnel navigant ou de la prime spécifique pour un parachutiste)], solliciter un préjudice de carrière auprès du tribunal administratif (cela restant complexe).

Bien qu'étant le plus ancien des régimes d'indemnisation du dommage corporel, celui propre aux militaires est d'une manière générale mal connu. C'est un régime spécifique, notamment par ses textes, son vocabulaire, son administration et sa procédure.

Ce régime ancien n'en est pas moins évolutif.

Pendant longtemps, l'indemnisation n'a pris en compte que les séquelles de blessures ou maladies survenues en temps de guerre puis plus tard également celles du temps de paix.
Depuis juillet 2005, le militaire peut prétendre à une indemnisation complémentaire instaurée par la décision Brugnot du Conseil d'État .
Cette évolution du régime d'indemnisation s'inscrit dans une dimension plus large qui est celle des changements du monde combattant.
La prochaine refonte du CPMIVG sera l'occasion d'élaborer les bases d'un droit à réparation

contemporain et adapté aux exigences de la condition militaire ainsi qu'aux nouvelles formes de menaces, et permettra d'achever la réforme de l'administration des anciens combattant.

Même si les considérations purement économiques ne sont pas à méconnaître dans cette problématique, rappelons qu'une juste indemnisation des victimes a un caractère « *satisfactoire* » de reconnaissance, et l'attribution d'une pension, même modeste, permet généralement à la victime de mieux se libérer de son handicap, en ayant la satisfaction d'avoir été reconnue comme « victime » .

BIBLIOGRAPHIE :

[1] Catajar JF , Editorial : Indemnisation des militaires victimes de préjudice corporel par le fait ou à l'occasion du service, Médecine et Armées, 41, 2, 99-100.

[2] Loi n° 13969 modifiant la législation des pensions des armées de terre et de mer en ce qui concerne les décès survenus, les blessures reçues et les maladies contractées ou aggravées en service du 31 mars 1919.

[3] Décision du Conseil d'Etat n°258208 (Brugnot) du 1er juillet 2005.

[4] Code Civil. Dalloz, édition du 2 Juin 2012

[5] Résolution 75-7 du Conseil de l'Europe relative à la réparation des dommages en cas de lésions corporelles et de décès

[6] Lambert-Faivre Y., Droit du dommage corporel : Systèmes d'indemnisation. 5ème édition. Paris : Dalloz, 2004, 1045 p.

[7] V. Dang-Vu, L'indemnisation du préjudice corporel. l'Harmattan, Paris, (2010).

[8] Bessières-Roques.I, Fournier.C, Hugues-Bejui.H, Riche.F. Précis d'évaluation du dommage corporel. Éditions L'Argus de l'Assurance 2001

[9] Hureau.J, Poitout.D. L'expertise médicale en responsabilité médicale et en réparation d'un préjudice corporel. Elsevier Masson 2010

[10] Gromb S., l'état antérieur, cours DIU d'aptitude à l'expertise médicale, année 2013/2014.

[11] Yoann Durand, Les conséquences du rapport Dintilhac dans l'évolution de la réparation du dommage corporel par le médecin généraliste expert, université d'Aix-Marseille II, 2010

[12] Expertise : de la réalité technique à la vérité judiciaire. La Lettre, décembre 2005, n° 43, pp. 21-29.

[13] Pascal Brethenoux, aspects spécifiques au milieu médico-militaire de de l'expertise médicale en législation Badinter, mémoire DIU d'aptitude à l'expertise médicale, 2010.

[14] Grosleron-Gros N., l'expert judiciaire et sa mission, cours de l'Attestation d'Etudes de Réparation Juridique du Dommage Corporel, Bordeaux 2012/2013.

[15] Creusot.G, Dumasdelage.G, Cardonnie.C, Rougé.D. Expertises médicales : dommages corporels, assurances de personnes, organismes sociaux. 6e édition, Masson, 2006

[16] Aredoc, Mission d'expertise médicale 2006, Mise à jour 2009. Journal d'information de

l'AREDOC et du centre de documentation, 2009

[17] H. Fabre, D. Daupleix, Le contradictoire et l'expertise: un principe incontournable, Revue Française du dommage Corporel. 2006-1 (2006) 44-49.

[18] Section VIe: La contradiction. Article 14 à 17, Code de procédure civile. (2011) et article L.1142-12 du Code de Santé publique (Dalloz 2012)

[19] Articles R. 4127-105 à R. 4127-108e: Exercice de la médecine d'expertise, Code de la santé publique, (2004).

[20] Article L.141-1 et -2-1. Créé par l'ordonnance n°96-345 du 24/04/1996. Livre I. Titre IV. Chapitre 1er : Expertise médicale. Code de la Sécurité sociale – Partie législative. Paris : Imprimerie du Journal Officiel de la République Française. Version en vigueur au 19/06/2008.

[21] Rapport Dintilhac : Rapport du groupe de travail chargé d'élaborer une nomenclature des préjudices corporels. http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/064000217/0000.pdf. Juillet 2005

[22] Dintilhac JP., Bejui-Hugues H., De la nomenclature Dintilhac à la mission droit commun 2006, Revue française du dommage corporel, 2007, 33.

[23] Arrêt du 8 juin 1951, Cour de cassation, article 93, relatif à la consolidation.

[24] Fournier Cl. Le préjudice d'agrément. Rev. franç. dommage corp., 1980,6(4),393396.

[25] Pissas Julien, difficulté d'évaluation des souffrances endurées chez le patient décédé avant la date de consolidation dans les expertises pour les commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, à propos d'une série de 36 cas, faculté de médecine de Montpellier, 2010

[26] Marrache Gaëlle, Expertise, Rapport Dintilhac et Orthodontie, Université Paris Diderot – Paris 7, 2010.

[27] Le Concours Médical, Barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun. Paris : Édition du Concours Médical, 2005, 120p.

[28] L. Prieur, Loi nouvelle du 31 mars 1919 sur les pensions militaires. Etude médicolégale de la condition et de la présomption d'origine historique, travaux préparatoires, commentaires, H. Charles-Lavauzelle, 1919.

[29] Guide-barême des invalidités applicable au titre du code des pensions militaires d'invalidité et desvictimes de la guerre, Ministère de la Défense, secrétariat général pour l'administration, direction des statuts, des pensions, et de la réinsertion sociale, dernière version de février 2003.

[30] JF. Catajar, Histoire du droit de la santé, la génèse du droit à réparation des blessés de guerre : de Clemenceau au code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, Master 2 responsabilité médicale, université Paris Descartes, 2009-2010.

[31] Patrick Gilles, Eléments de législation et aspects pratiques des pensions militaires d'invalidité, mémoire de DIU d'aptitude à l'expertise médicale, Bordeaux, 2010

[32] W. De Kobor, Le code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre : génèse et particularités, Médecine et Armées, 41, 2, 101-118.

[33] Scherschel Marc, Le Combattant gazé de la grande guerre : Emploi des gaz, prise en charge et traitement des gazés par le Service de Santé au cours du Conflit. Réforme, pension et soins des anciens combattants. Thèse, université Henri Poincaré – Nancy 1, 260 p.

[34] Prost (A). Les Anciens Combattants et la société française (1914- 1939). Paris, Presses fonda tion nationale des sciences politiques, 1977, vol 1, 237p.

[35] Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, version consolidée au 30 mai 2014.

[36] Loi n° 85-677 du 5 juillet 1985, dite Loi Badinter, relative à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation.
Journal Officiel de la République Française du 6/07/1985, p. 7584.

[37] Loi n° 2010-2 du 5 janvier 2010 relative à la reconnaissance et l'indemnisation des victimes des essais nucléaires français.

[38] Décret n° 2010-653 du 11 juin 2010 pris en application de la loi relative à la reconnaissance et à l'indemnisation des victimes des essais nucléaires français.

[39] décision numéro 315008 du 12 décembre 2009,

[40] Article 1.2 (4ème) du Code des Pensions Militaires et des Invalidités des Victimes de la Guerre

[41] Article L23 du Code des Pensions Militaires et des Invalidités des Victimes de la Guerre

[42] article 5, loi n° 55-360 du 3 avril 1955

[43] instruction ministérielle du 10 juillet 1919 rappellant notamment que l'expert *« sera bienveillant et juste envers les victimes de guerre »*.

[44] instruction ministérielle du 20 juillet 1976 : *« bienveillance et humanité d'accueil »*.

[45] art L30 du CPMIVG : article 69 de la loi n° 13969 modifiant la législation des pensions des

armées de terre et de mer en ce qui concerne les décès survenus, les blessures reçues et les maladies contractées ou aggravées en
service du 31 mars 1919.

[46] W. De Kobor, procédure de traitement d'une pension militaire d'invalidité et sa liquidation, détermination du montant de la pension, Médecine et Armées, 41, 2, 119-136.

[47] W. De Kobor, voies et procédures de recours contentieuses, autres avantages liés à la pension militaire d'invalidité, Médecine et Armées, 41, 2, 139-156.

[48] W. De Kobor, évolutions récentes et perspectives du régime des PMI, 41, 2, 159-166.

[49] Décision du Conseil d'Etat n°211106 (Moya-Caville) du 4 juillet 2003.

[50] Décision du Conseil d'Etat n°254937 (Duval-Costa) du 15 juillet 2004.

[51] Berton Jean-Philippe, Touminet Diane, Jurisprudence Brugnot, cours DIU d'aptitude à l'expertise médicale, Bordeaux 2013/2014.

[52] Véronique de Tienda-Jouhet, Etude réalisée à l'initiative du Comité d'Entente des Grands Invalides de Guerre, Avocat au Barreau de Paris, Blessés pour la France, Blessés par la France!Au service de la France, Grandeur et Misère de nos Blessés. 30 propositions**,** 2ème semestre 2013

[53] arrêt du Conseil d'Etat du 25 mars 2009

[54] Décision du Conseil d'Etat, n° 337851 en date du 7 octobre 2013.

[55] Chiffres obtenus par communication e-mail avec le service local du contentieux du Villacoublay chargé de la centralisation des données des expertises Brugnot pour les blessures survenues en OPEX.

[56] Note de service n° 504493/DEF/DCSSA/AA/AJ/2D relative aux expertises médicales en
indemnisation complémentaire des militaires présentant une blessure ou une maladie liée au service, Médecin Général Inspecteur R. Meesemaecker, 28 juin 2013.

[57] Séminaire organisé au profit des services locaux du contentieux et de la direction des affaires juridiques, les 22 et 23 mai 2014, Atelier 3 : vers l'expertise unique PMI-Brugnot.

[58] Bauer Clotilde, Le blessé de guerre : réadaptation et réinsertion en milieu militaire. Description et comparaison de la prise en charge française et américaine, Paris XI faculté de médecine Paris Sud, 2012

[59] Clément Hoffmann, Blessés de guerre français en Afghanistan : de la blessure à laréinsertion. Etude épidémiologique rétrospective d'une cohorte de 450 patients entre 2010 et 2012. Résultats préliminaires. Paris VI. Faculté de médecine Pierre et Marie Curie. 2014

[60]Instruction n° 2100/DEF/DCSSA/AST/AME relative à la détermination de l'aptitude médicale à servir, du 1er octobre 2003

[61] Rondier, J.-P. La montée en charge de la blessure psychique. Le Quotidien du médecin du 21 juillet 2014.

[62] Deparis, X. and T. Bruge-Ansel. Présentation des résultats des enquêtes sur la prévalence des troubles psychiques chez les militaires de retour d'Afghanistan. Thème : La psychiatrie en milieu militaire. 12ème journée Pierre Deniker. Toulon, 15 février 2013.

[63] Bounat Rodolphe, L'expertise médicale du blessé de guerre, de la pension militaire d'invalidité à la jurisprudence Brugnot : une étude de cas, mémoire DIU d'aptitude à l'expertise médicale 2013/2014.

[64] arrêt n° 314207 du Conseil d'Etat du 05.05.2010

[65] arrêt n° 245382 du Conseil d'Etat du 05.11.2003

[66] circulaire n°616 B/SEDAC du 06 mars 1992.

[67] arrêt n° 245976 du Conseil d'Etat du 11 juin 2003

[68] Lavergne Daniel, L'indemnisation des troubles psychiques de guerre, http://www.cnrm.fr (Confédération Nationale des Retraités Militaires)

[69] Schulliar Y., Agostini C, De l'utilité pour les forces armées francaises d'avoir des médecins légistes militaires, Médecine et Armées Tome 37 numéro 4, octobre 2009, p 331-340.

ANNEXES :

1. Mission-type confiée à l'expert :

« Après avoir recueilli les renseignements nécessaires sur l'identité de la victime et sa situation, les conditions de son activité professionnelle, son niveau scolaire s'il s'agit d'un enfant ou d'un étudiant, son statut et/ou sa formation s'il s'agit d'un demandeur d'emploi, son mode de vie antérieure à l'accident et sa situation actuelle,

0 *A partir des déclarations de la victime, au besoin de ses proches et de toute personne renseignée, et des documents médicaux fournis,* ***décrire en détail les lésions initiales, les modalités de traitement, en précisant le cas échéant, les durées exactes d'hospitalisation et. pour chaque période d'hospitalisation, le nom de l'établissement, les services concernés et la nature des soins ;***

1 ***Recueillir les doléances de la victime*** *et au besoin de ses proches ; l'interroger sur les conditions d'apparition des lésions, l'importance des douleurs, la gêne fonctionnelle subie et leurs conséquences ;*

2 ***Décrire au besoin un état antérieur*** *en ne retenant que les seuls antécédents qui peuvent avoir une incidence sur les lésions ou leurs séquelles ;*

3 ***Procéder****, en présence des médecins mandatés par les parties avec l'assentiment de la victime,* ***à un examen clinique détaillé*** *en fonction des lésions initiales et des doléances exprimées par la victime ;*

4 *A l'issue de cet examen analyser dans un exposé précis et synthétique :* ***- la réalité des lésions initiales - la réalité de l'état séquellaire - l'imputabilité directe et certaine des séquelles aux lésions initiales en précisant au besoin l'incidence d'un état antérieur*** *;*

5 ***Pertes de gains professionnels actuels*** *Indiquer les périodes pendant lesquelles la victime a été, du fait de son déficit fonctionnel temporaire, dans l'incapacité d'exercer totalement ou partiellement son activité professionnelle ; En cas d'incapacité partielle, préciser le taux et la durée ; Préciser la durée des arrêts de travail retenus par l'organisme social au vu des justificatifs produits (ex : décomptes de l'organisme de sécurité sociale), et dire si ces arrêts de travail sont liés au fait dommageable ;*

6 ***Déficit fonctionnel temporaire*** *Indiquer les périodes pendant lesquelles la victime a été, du fait de son déficit fonctionnel temporaire, dans l'incapacité totale ou partielle de poursuivre ses activités personnelles habituelles ; En cas d'incapacité partielle, préciser le taux et la durée ;*

7 ***Consolidation*** *Fixer la date de consolidation et, en l'absence de consolidation, dire à quelle date il conviendra de revoir la victime ; préciser, lorsque cela est possible, les dommages prévisibles pour l'évaluation d'une éventuelle provision ;*

8 ***Déficit fonctionnel permanent*** *Indiquer si, après la consolidation, la victime subit un déficit fonctionnel permanent défini comme une altération permanente d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles ou mentales, ainsi que des douleurs permanentes ou tout autre trouble de santé, entraînant une limitation d'activité ou une restriction de participation à la vie en société subie au quotidien par la victime dans son environnement ; En évaluer l'importance et en chiffrer le taux ; dans l'hypothèse d'un état antérieur préciser en quoi l'accident a eu une incidence sur cet état antérieur et décrire les conséquences ;*

9 ***Assistance par tierce personne*** *Indiquer le cas échéant si l'assistance constante ou occasionnelle d'une tierce personne (étrangère ou non à la famille) est ou a été nécessaire pour effectuer les démarches et plus généralement pour accomplir les actes de la vie quotidienne ; préciser la nature de l'aide à prodiguer et sa durée quotidienne ;*

10 ***Dépenses de santé futures*** *Décrire les soins futurs et les aides techniques compensatoires au handicap de la victime (prothèses, appareillages spécifiques, véhicule) en précisant la fréquence de leur renouvellement ;*

11 ***Pertes de gains professionnels futurs*** *Indiquer, notamment au vu des justificatifs produits, si le déficit fonctionnel permanent entraîne l'obligation pour la victime de cesser totalement ou partiellement son activité professionnelle ou de changer d'activité professionnelle;*

12 ***Incidence professionnelle*** *Indiquer, notamment au vu des justificatifs produits, si le déficit fonctionnel permanent entraîne d'autres répercussions sur son activité professionnelle actuelle ou future (obligation de formation pour un reclassement professionnel, pénibilité accrue dans son activité, "dévalorisation" sur le marché du travail, etc.) ;*

13 ***Souffrances endurées*** *Décrire les souffrances physiques, psychiques ou morales découlant des blessures subies pendant la maladie traumatique (avant consolidation) ; les évaluer distinctement dans une échelle de 1 à 7 ;*

14 ***Préjudice esthétique temporaire et/ou définitif*** *Donner un avis sur l'existence, la nature et l'importance du préjudice esthétique, en distinguant éventuellement le préjudice temporaire et le préjudice définitif. Evaluer distinctement les préjudices temporaire et définitif dans une échelle de 1 à 7 ;*

15 ***Préjudice d'agrément*** *Indiquer, notamment au vu des justificatifs produits, si la victime est empêchée en tout ou partie de se livrer à des activités spécifiques de sport ou de loisir ;*

16 *Dire si l'état de la victime est susceptible de* ***modifications en aggravation*** *;*

17 *Etablir un* ***état récapitulatif de l'ensemble des postes énumérés dans la mission****;*

18 *Dire que* ***l'expert pourra s'adjoindre tout spécialiste de son choix****, à charge pour*

lui d'en informer préalablement le magistrat chargé du contrôle des expertises et de Joindre l'avis du sapiteur à son rapport ; dit que si le sapiteur n'a pas pu réaliser ses opérations de manière contradictoire, son avis devra être immédiatement communiqué aux parties par l'expert ;

19 *Dire que* ***l'expert devra communiquer un pré rapport aux parties*** *en leur impartissant un délai raisonnable pour la production de leurs dires écrits auxquels il devra répondre dans son rapport définitif ; Fixer la consignation qui devra être opérée au Greffe par chèque à l'ordre de Monsieur le Régisseur d'avances et de recettes à titre de provision à valoir sur les frais et honoraires de l'expert ; Commettre le magistrat de la mise en état pour surveiller les opérations d'expertise; Dire qu'en cas d'empêchement de l'expert commis, il sera pourvu à son remplacement par ordonnance de ce magistrat rendue sur simple requête ou même d'office. »*

2. Grille d'évaluation indicative des souffrances endurées :

0.5/7 : Plaies suturées, lésions dentaires.

1/7 : Traumatisme cervical, crânien bénin, entorse de membre.

1.5/7 : Courte hospitalisation (1 à 2 jours), Petit geste chirurgical, 1 à 2 semaines de traitement antalgique, DFTT de 15 jours

2/7 : Hospitalisation inférieure à 1 semaine, immobilisation de membre pendant 2 à 3 semaines, séances de rééducation, DFTT de 2 à 4 semaines : entorse cervicale – fracture fermée du poignet – fracture fermée de quelques côtes...

3/7 : chirurgie et anesthésie générale, hospitalisation de 1 à 3 semaines, séances de rééducation, DFTT de 1 à 4 mois = fracture de jambe ostéosynthésée – fracture vertébrale – laparotomie pour Hémorragie abdominale

4/7 : plusieurs opérations chirurgicales sous AG, immobilisation traînante (fixateurs externes …), hospitalisation de 1 à 2 mois, rééducation pendant plusieurs mois, DFTT de 6 mois = fracture complexe des membres inférieurs, traumatisme crânien grave avec neurochirurgie...

5/7 : Plusieurs opérations chirurgicales sous AG sur une longue période, hospitalisation de 2 à 6 mois, DFTT de 6 mois à 1 an = paraplégie avec fracture du rachis – polytraumatisé avec plusieurs fractures fermées – fracture d'un membre évoluant vers une pseudarthrose

6/7 : Plusieurs opérations chirurgicales sous AG sur une longue période, hospitalisation de 1 an, rééducation très prolongée, DFTT de 18 mois : tétraplégie – traumatisé crânien grave avec 2 à 3 mois en réa – brûlures étendues avec réa pendant plusieurs mois...

7/7 : Situations très graves, tout à fait exceptionnelles, Plusieurs années d'hospitalisation, Très nombreuses interventions chirurgicales : brûlures étendues et graves...

3. Grille d'évaluation indicative du préjudice esthétique :

0.5/7 :

Cicatrice de bonne qualité, peu visible ou légère déformation - Prothèse dentaire, avec modification de la forme - Boiterie légère / intermittente

1/7 :

Cicatrice d'ostéosynthèse de bonne qualité, habituellement cachée par les vêtements- Cicatrice de la face, peu visible - Cicatrice de laparotomie médiane - Cicatrice de trachéotomie - Boiterie permanente et modérée

1.5/7 :

Déformation de la pyramide nasale

2/7 :

Cicatrice face visible au premier coup, sans caractère disgracieux - Boiterie modérée + canne - Perte d'un sein avec plastie - Perte d'un oeil avec énucléation et prothèse de bonne qualité - Cicatrice de trachéotomie, anfractueuse, adhérente … - Amputation de plusieurs doigts

3/7 :

Cicatrice de la face + déformation mimique, disgracieuse - Difficulté +++ à la marche (deux cannes ou déambulateur) - Perte d'un sein sans prothèse - Amputation de jambe avec prothèse bien tolérée + marche harmonieuse

3.5/7 :

Amputation de cuisse avec appareil articulé – marche possible sans canne - PF complète, flasque - Perte d'un oeil avec énucléation, sans prothèse possible - Trachéotomie persistante

Amputation de main + prothèse de bonne qualité

4/7 :

Paraplégie au fauteuil roulant - Amputation de cuisse, boiterie importante à la marche + canne

5/7 :

Tétraplégique au fauteuil roulant électrique – déformations des mains - Perte de la mandibule

6/7 :

Tétraplégique ventilé artificiellement par trachéotomie

7/7 :

Défiguration monstrueuse - Aspects physiques générant habituellement la répulsion incoercible...

4. **Conclusions en expertise judiciaire :**

SITUATION SOCIALE ET PROFESSIONNELLE selon les indications de l'intéressé
sur le plan personnel :
sur le plan du mode de vie :
sur le plan professionnel :
DATE DE CONSOLIDATION

1] PREJUDICES TEMPORAIRES
DEFICIT FONCTIONNEL TEMPORAIRE TOTAL
PARTIEL : % correspondant à la gêne dans les activités de la vie quotidienne, allant décroissant jusqu'à la période de consolidation.
PERTE DE GAINS TEMPORAIRE : arrêt de travail
PREJUDICE SCOLAIRE OU DE FORMATION
FRAIS LIES A LA REDUCTION D'AUTONOMIE
SOUFFRANCES ENDUREES Eléments d'informations :
PREJUDICE ESTHETIQUE TEMPORAIRE Eléments d'informations :

2] PREJUDICES PERMANENTS
FRAIS FUTURS et COMPENSATION DE PERTE D'AUTONOMIE
RETENTISSEMENT PROFESSIONNEL
perte de gains future
incidence professionnelle : dévalorisation sur le marché du travail
DEFICIT PERSONNEL PERMANENT % pour les séquelles suivantes :
PREJUDICE ESTHETIQUE PERMANENT Eléments d'informations :
PREJUDICE D'AGREMENT Eléments particuliers d'informations au strict point de vue médico-légal :
PREJUDICE SEXUEL
PREJUDICE D'ETABLISSEMENT
PREVISIONS POUR L'AVENIR

5. Rapport simplifié d'expertise Brugnot :

RAPPORT MEDICAL D'EXPERTISE

(Jurisprudence du Conseil d'Etat, arrêt Brugnot n°258208 du 1er juillet 2005)

Je soussigné, *nom grade*

Certifie avoir examiné le....., à

Monsieur, Madame :

Né(e) le :

Pièce d'identité présentée : .....

En présence de (*éventuelle*) :

Afin d'accomplir la mission d'expertise médicale suivante qui m'a été confiée par *(la direction qui nous a désignée)*

à la demande du Service Local du Contentieux de .....dans le cadre de la procédure d'indemnisation complémentaire résultant de l'application de la jurisprudence Brugnot (Conseil d'Etat, Mme Brugnot, 1er juillet 2005, n°258208) **suite à un accident de service survenu le…….à …….**

SITUATION PERSONNELLE ET PROFESSIONNELLE

Situation familiale*: {Marié, Pacsé, Divorcé, Célibataire)*

Enfants/Personne à charge :

Domicilié(e) à :

Pension Militaire d'invalidité :

(*Le taux est attribué par le tribunal des pensions)*

1) en cours / seuil non atteint
2) en lien avec cet accident : %
3) précédente : %

Profession actuelle :

Profession au moment des faits *(si différente):*

Loisirs et activités sportives habituellement pratiqués avant l'accident : *(on se doit de faire préciser au blessé les activités qu'il n'a pas reprises suite à l'accident)*

Référence du dossier : ***(cette référence avec le nom du blessé figurera en bas de chaque page)***

DOCUMENTS PRESENTES

L'ensemble des documents et bilan d'imagerie médicale cité aux commémoratifs dont toutes les parties (*éventuellement*) présentes ont pu prendre connaissance.

COMMEMORATIFS

(Selon les déclarations et les documents communiqués)

Rappel de l'ambiance et des circonstances matérielles de l'accident

(Pour les circonstances matérielles on peut se servir du rapport circonstancié.)

On demande au blessé de décrire les suites immédiates de l'accident s'il s'en souvient

En ce qui concerne les blessures en opération on fait systématiquement une analyse du choc psychologique initial

PRISE EN CHARGE MEDICALE INITIALE

Puis il a été pris en charge par (*on décrit la prise en charge médicale initiale)*

***R*apport circonstancié** : *oui/non, date et non de la personne qui l'a délivré*

Le rapport circonstancié est établi par le commandement de formation administratif grâce aux témoignages recueillis. Il relate de manière détaillé la nature de service accompli par le blessé. Il décrit le genre d'accident qui s'est produit. Il mentionne les ou les parties du corps atteintes sans rentrer dans les détails des lésions.

Inscription au registre des constatations : *oui/non, date et non de la personne qui l'a délivré*

Le registre est tenu par le commandant de formation ou par le Médecin Chef par ordre de celui-ci dans la deuxième partie le médecin décrit minutieusement les lésions produites, l'historique de la maladie en indiquant les lésions imputables au service.

LESIONS INITIALES

Le recueil des lésions initiales post-accident constatées dans un *certificat médical initial* ou le *compte-rendu des urgences* rédigé par un *médecin urgentiste du Service d'Accueil des Urgences / un médecin* est le suivant

PRISE EN CHARGE ULTERIEURE

On fait l''historique de la maladie traumatique en notant à l'affirmatif tout ce dont on a des preuves et au conditionnel les déclarations du blessé.

Il faut surtout insister sur les dates d'hospitalisation, les interventions, la reprise de l'autonomie et surtout les prise en charges psychiatriques si il ya. Les courriers et compte rendus peuvent être résumé.

SOINS EN COURS

Soins en cours :

-avis spécialisé programmé :	oui/non
-traitements en cours :	oui/non
-reprise chirurgicale prévue : séances de rééducation fonctionnelle :	oui/non
-séances de rééducation fonctionnelle :	oui/non

(*Préciser nb de séances restantes et évolution fonctionnelle)*

Autres :

ETAT ANTERIEUR

On note que l'état antérieur ayant un rapport avec les lésions initiales ou les séquelles de l'accident

DOLEANCES

On procède appareil après appareil, pour chaque appareil on a :

DOLEANCES SPONTANEES :

On demande au blessé ce qu'il ressent le jour de l'expertise

DOLEANCES SUR QUESTIONS :

On l'interroge en utilisant nos connaissances

EXAMEN CLINIQUE

EXAMEN GENERAL :

Age :

Taille :

Poids (*avant l'accident*) : Poids (*après l'accident*) :

Côté dominant : *droitier/gaucher*

Là aussi On procède appareil après appareil

DISCUSSION MEDICO-LEGALE

(Analyse synthétique du lien entre l'accident et les lésions initiales, puis les séquelles invoquées)

On commence par un résumé du rappel des faits *avec :*

Rappel du nom et grade du blessé, la date de l'accident

Puis un résumé de la maladie traumatique en notant en caractère gras les faits important et les dates clés

Suite à *l'accident/maladie* survenu(e) *en service* de M /Mme , les lésions initiales citées précédemment ont été médicalement constatées.

Au jour de l'expertise médicale, les séquelles suivantes alléguées *et/ou* retrouvées à l'examen clinique doivent être reconnues, en l'absence d'état antérieur ou d'événement intercurrent, comme en lien direct et certain avec les lésions initiales et imputables à l'accident :

Et/ou (si nécessaire)

*Au jour de l'expertise, les séquelles suivantes alléguées et/ou retrouvées à l'examen clinique :

ne présentent pas de lien direct, certain et exclusif avec *l'accident/la maladie* car : (*expliquez*)

Aussi, d'un point de vue médico-légal, les -postes de préjudice **en lien avec l'accident** peuvent être évalués comme il suit :

Date de l'accident :

Souffrances Endurées à évaluer sur une échelle de 0 à 7 :*Les justifier*

Date de consolidation :*La justifier*

Déficit Fonctionnel Permanent

L'Atteinte permanente à l'intégrité Physique et Psychique constitutive d'un **Déficit Fonctionnel Permanent** (DFP)

-description synthétique du déficit fonctionnel :

-DFP en conséquence, par référence au *«* barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun du concours médical *» :* %

Préjudice esthétique*

Décrire le Dommage esthétique constitutif d'un **Préjudice Esthétique** puis l'évaluer sur une échelle de 0 à 7 :
Le justifier

-Préjudice Esthétique Temporaire:
-Préjudice Esthétique Permanent :

Préjudice d'Agrément :
Répercussion des séquelles sur les activités d'agrément constitutives d'un **Préjudice d'Agrément :**

Préjudice Sexuel

Décrire la répercussion des séquelles sur la fonction sexuelle constitutive d'un **Préjudice Sexuel**
puis l'évaluer sur une échelle de 0 à 7 :
dire de quel ordre il est

Préjudice d'établissement :

CONCLUSIONS DEFINITIVES

DATE DE L'ACCIDENT :
SOUFFRANCES ENDUREES :
PREJUDICE ESTHETIQUE TEMPORAIRE :
DATE DE CONSOLIDATION :
DFP :
PREJUDICE ESTHETIQUE PERMANENT :
PREJUDICE D'AGREMENT
PREJUDICE SEXUEL :
PREJUDICE D'ETABLISSEMENT :

Je certifie avoir personnellement réalisé la mission qui m'a été confiée et rédigé le présent rapport avec conscience, objectivité et impartialité.

6. Infos Blessés Service, Ministère de la Défense :

MINISTÈRE DE LA DÉFENSE

Infos blessés familles

Blessés | Mes démarches

Indemnisation complémentaire des militaires tués ou blessés à l'occasion du service

Mise à jour : 19/06/2013 10:30

Depuis plusieurs années, l'Etat français reconnait et indemnise la souffrance morale des proches d'un militaire décédé. Si vous avez été blessé, vous pouvez également recevoir une réparation de votre souffrance physique ou morale, ou encore des conséquences de votre blessure sur le plan esthétique (par exemple, une cicatrice visible) ou d'agrément (par exemple, incapacité de pratiquer une activité sportive ou très spécifique).

Cette indemnisation complémentaire vous est accordée si le décès ou la blessure résulte du service ou est en lien avec celui-ci. Elle s'ajoute de plein droit aux prestations statutaires (capital décès, pension militaire d'invalidité)

Dans le cas d'un décès, l'indemnité a pour vocation de réparer le préjudice moral subi par les proches du défunt ou de la défunte.

Dans le cas de blessures, l'indemnité a pour vocation de réparer l'ensemble des préjudices, à l'exception de l'atteinte à l'intégrité physique qui est réparée par la pension militaire d'invalidité (PMI). Ces préjudices sont :

Nés de la souffrance physique ou morale;

Esthétiques;

D'agréments;

Sexuels.

Dans les cas de blessures très graves, les membres proches de votre famille peuvent obtenir la réparation de leur préjudice moral.

http://www.defense.gouv.fr/blesses/mes-demarches/indemnisation-complementaire-des-militairestues-ou-blesses-a-l-occasion-du-service

Serment Médical

Au moment d’être admis à exercer la médecine je promets et je jure d’être fidèle aux lois de l’honneur et de la probité.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination. J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les moeurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

Achevé d'imprimer à Mérignac par
EDITIONS BERGERET
by COPYMÉDIA 05 56 99 50 22
23 rue Francisco Ferrer - 33700 Mérignac
www.editions-bergeret.com
Septembre 2015

Le blessé de guerre à travers l'expertise médico-légale, de la pension militaire d'invalidité à la jurisprudence Brugnot : une étude épidémiologique sur l'Afghanistan de 2005 à 2013

Introduction : L'objectif de l'étude était de décrire le militaire français blessé en opération extérieure à travers les éléments de l'expertise médicale en pension militaire d'invalidité ou en droit commun dit « Brugnot » introduit depuis 2005.
Matériel et Méthodes : Analyse rétrospective, de 2005 à 2013, des expertises de 2 médecins réservistes experts de la région Terre Sud-Ouest sur des militaires blessés en Afghanistan.
Résultats : 89 patients soit 95 expertises ont été inclus. Le profil type était un homme de 30 ans, marié avec enfant(s), niveau baccalauréat, parachutiste dans un régiment opérationnel de l'armée de Terre. La plupart des blessures étaient dûes aux engins explosifs, sur des mécanismes type « blast » entraînant des séquelles type polycriblage, à l'origine d'une répartition anatomique lésionnelle assez uniforme. Les expertises Brugnot retrouvaient un long délai de consolidation, un état antérieur majoritairement inexistant, des souffrances endurées importantes, des préjudices esthétique et sexuel mineurs, un préjudice d'agrément souvent présent, le reste des postes de préjudice traité de manière variable. Les séquelles retrouvaient une part considérable de stress post-traumatique et troubles ORL. Les taux d'invalidité comparés entre Brugnot et PMI retrouvaient un taux plus « favorable » en PMI, mais moins d'indemnisés en raison du seuil minimal.
Conclusion : L'évolution récente du régime d'indemnisation des militaires en concordance avec le droit commun doit amener à une homogénéisation des pratiques d'expertise afin de garantir à toutes les victimes un traitement égalitaire et adapté de leurs lésions survenues en conflit, au service de la France.
Mots-clés : Afghanistan ; médecine militaire ; blessé de guerre ; pension d'invalidité ; Brugnot ; expertise.

French combat casualties in Afghanistan throughout medico-legal expertise, from armed services invalidity pension to Brugnot law : a retrospective epidemiological study conducted between 2005 and 2013

Introduction : The purpose of the study was to describe the french soldier wounded during external operations throughout the specificities of medical expertise in armed services invalidity pension or in common law (named « Brugnot ») since 2005.
Material and Methods : Retrospective study, from 2005 to 2013, of expertises realized by 2 medical evaluators in South-West Land Forces/Army Zone, on soldiers wounded in Afghanistan.
Results : 89 patients (95 expertises) were included. The common profile was a 30 year old man, married with children(s), A-level, paratrooper in an operational unit of land forces. The wounds were mostly due to explosive devices, with « blast » mechanisms, causing shrapnel wounds with a uniform anatomic distribution. Analysis of Brugnot expertises founded high consolidation period, non-existent former condition, high sustained suffering, minor disfigurement and sexual harm, high frequency of agreement prejudice, and various treatments of the others heads of damage. The aftereffects founded a high frequency of PTSD and ENT pathologies. The comparison of invalidity rates between invalidity pensions and Brugnot founded more « positive » rates in the former, but less people indemnified because of the minimum threshold.
Conclusion : The recent evolution of the french military compensation system, based on common law, has yet to homogenize the practice of medical expertises, as to guarantee the victims an equal and adapted treatment of their wounds in action, in the service of France.
Mots-clés : Afghanistan ; military medecine ; combat casualties ; invalidity pension ; Brugnot ; expertise.

1717_C_V0

Année 2014-2015 / Thèse N°125

Le blessé de guerre à travers l'expertise médico-légale, de la pension militaire d'invalidité à la jurisprudence Brugnot : Une étude épidémiologique sur l'Afghanistan de 2005 à 2013

Rodolphe BOUNAT

Année 2014/2015 Thèse n° 125

U.F.R DES SCIENCES MÉDICALES

Thèse pour l'obtention du
DIPLÔME d'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Presentée et soutenue publiquement
Par l'interne des hôpitaux des armées Rodolphe BOUNAT
Né le 29 novembre 1985 à Cosne-Cours-sur-Loire (Nièvre)
Le 14 octobre 2015

Le blessé de guerre à travers l'expertise médico-légale, de la pension militaire d'invalidité à la jurisprudence Brugnot : Une étude épidémiologique sur l'Afghanistan de 2005 à 2013

Directeur de thèse:
M. le Médecin en Chef Jean-Philippe BERTON

Jury :

M. le Professeur Jean-Claude BASTE	Président
Mme le Professeur Sophie GROMB-MONNOYEUR	Juge et Rapporteur
M. le Docteur Christophe ADAM	Juge
M. le Médecin Chef des Services Yves SCHULIAR	Juge
M. le Médecin en Chef Jean-Philippe BERTON	Directeur de thèse