Procédure de traitement d'une demande de pension militaire d'invalidité et sa liquidation

Troisième article

W. De Kobor

Résumé

Les deux premiers articles ont été consacrés à la genèse, aux généralités et particularités du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre qui reste le système d'indemnisation privilégié du préjudice corporel subi par les militaires par le fait ou à l'occasion du service. Système qui fait l'objet de profonds remaniements imposés par la Révision générale des politiques publiques qui se juxtapose à la réforme de modernisation et de rationalisation de l'administration au service du monde combattant. Ce troisième article s'intéresse à la procédure de traitement d'une demande de pension militaire et à sa liquidation. Le prochain article abordera la détermination du montant de la pension et les voies de recours. Le cinquième article traitera des voies et procédures de recours et abordera la première partie des autres avantages liés à la pension, qui constitueront également le sixième article. Le dernier article (7e) étudiera les autres systèmes d'indemnisation auxquels les militaires peuvent recourir.

Mots-clés : Commission consultative médicale. Commission de réforme des pensions. Expertise médicale. Instruction du dossier. Liquidation. Sous-direction des pensions.

Abstract
REQUEST FOR A MILITARY PENSION AND ITS CLEARANCE.

The first two articles have dealt with the genesis and the specificities of the Code of Military Disability and of War Victim Pensions which is still used to decide on the degree of bodily injury awarded to servicemen who have suffered from accidents or illnesses when in service. Many changes have been brought to the system as a result of both the general review of public policies and the reform to modernise and rationalise the administration of the Military. This third article deals with the process at work for a request of a military pension and its clearance. The next article will focus on the amount of money awarded to the pensions, and on the appeals. The fifth article will deal with the appeals and the first part of all the other advantages related to the pensions, which will also be the subject of the sixth article. The seventh article will study the other systems of compensation which servicemen are entitled to.

Keywords: Committee for the Reform of Pensions. Division of Pensions. Liquidation. Medical Consultative Committee. Medical expertise.

Constitution et cheminement du dossier

L'instruction n° 8 du 31 mai 1920 (1), – toujours en vigueur pour certains de ses articles – prise pour l'application de la loi du 31 mars 1919 qui codifiait les prescriptions en vigueur relatives aux droits à pension prévoit en son article (art.) 1er : « Les formalités nécessitées par les demandes de pension militaire d'infirmité (et non d'invalidité comme aujourd'hui), les réclamations concernant les décisions et propositions des commissions de réforme, les demandes de révision pour aggravation ou complication des pensions déjà concédées, les examens des candidats et l'établissement des propositions sont effectuées dans chaque région de corps d'armée ou gouvernement militaire, sous l'autorité du directeur du Service de santé agissant par délégation du général commandant ou gouverneur militaire. Les directeurs du Service de santé sont les représentants du ministre des Pensions pour tout ce qui concerne l'application de la loi du 31 mars 1919 dans sa partie médicale et sont ordonnateurs, en son nom, des dépenses engagées en vue de l'exécution de ce service spécial ». De ce rôle technique et administratif essentiel qui leur était dévolu pour recevoir les demandes de pension et leur faire

W. DE KOBOR, médecin en chef.

Correspondance : W. DE KOBOR, Inspection du Service de santé des armées, Îlot du Val-de-Grâce, 1 place Alphonse Laveran – 75230 Paris Cedex 05.

donner la suite qu'elles comportent, les directeurs du service de santé n'ont rien gardé. Ces prérogatives ont d'abord été transférées aux Directions interrégionales ou interdépartementales des anciens combattants (DIAC) dont les dernières ont été supprimées depuis le 1er novembre 2011 (2) et maintenant à la Sous-direction des pensions (SDP), organisme de la Direction des ressources humaines du ministère de la Défense (DRH-MD), lui-même dépendant du Secrétariat général pour l'administration (SGA).

Selon l'article 16 de cette même instruction n° 8, le centre de réforme est un organisme médical et administratif chargé d'étudier la situation médico-légale des militaires et anciens militaires. Il rassemble, en cas de demande de pension d'infirmité, les documents nécessaires, fait procéder aux expertises et présente les affaires à la commission de réforme. Les centres de réforme agissent sous le contrôle du directeur du service de santé.

Jusque fin 2011, la procédure de constitution et d'instruction des dossiers de pension militaire d'invalidité (PMI) était définie par la circulaire interministérielle n° 200878 (3). La procédure prévue par cette instruction est remplacée, depuis le 1er janvier 2012, par celle qu'instaure la circulaire n° 230125 (4). Cette dernière circulaire prévoyait pour son application initiale une période transitoire, commencée depuis le 1er janvier 2010 et appliquée dans certains départements qui a pris fin au 31 décembre 2011, avec de la fermeture de toutes les directions interdépartementales et interrégionales des anciens combattants et du service des ressortissants à l'étranger. Depuis le 1er janvier 2012, la circulaire n° 230125 abroge la circulaire n° 200878 et l'instruction n° 200896 (5) relative à l'organisation de la Commission de réforme des pensions militaires d'invalidité (CRPMI). Les particularités de l'instruction à l'étranger ou hors de la métropole sont prévues dans la circulaire n° 230125.

Instruction administrative du dossier

Le militaire (en activité de service, réserviste et certains agents civils du ministère) renseigne et remet le formulaire de demande de pension accompagné des pièces qu'il doit fournir à son commandant d'unité qui les transmet au Groupement de soutien de la base de défense (ou au service chargé de la gestion du personnel). Le militaire reçoit en contrepartie un accusé de réception qui vaut enregistrement de la date de dépôt de la demande, celle-ci rappelons-le, conditionne la date d'entrée en jouissance de la pension lorsqu'il ne s'agit pas du renouvellement d'une pension temporaire. L'organisme réceptionnaire de la demande constitue le dossier en rassemblant les pièces utiles (précisées en annexe de la circulaire n° 230125) et le transmet à la SDP/DRH-MD.

Le dossier est constitué d'office par le commandant d'unité ou de formation administrative ou par le médecin-chef de l'hôpital d'instruction des armées dans lequel le militaire est hospitalisé lorsque son état de santé le met dans l'incapacité de déposer sa demande. Il pourra par la suite et dès qu'il en sera averti, s'opposer à la poursuite de l'instruction de la demande.

Les autres catégories de bénéficiaires, dont les militaires radiés des cadres, déposent leur demande auprès des services départementaux (ou de la collectivité territoriale d'outre-mer) de l'Office national des anciens combattants (ONAC) qui l'adresse pour instruction à la SDP. Les ressortissants hors métropole, à l'exception du Maghreb, envoient leur demande directement à la SDP à La Rochelle.

L'ayant cause d'un militaire décédé en activité de service dépose sa demande de pension auprès du bureau chargé de l'aide aux familles de l'armée dont relevait le militaire. Ce bureau enregistre le dépôt de la demande, constitue le dossier et l'adresse à la SDP. Celle-ci procède à l'instruction administrative et médico-légale du dossier. La procédure est différente selon que le militaire, au moment du décès, était en position hors service, était radié des cadres ou des contrôles ou était déjà titulaire d'une pension de retraite et d'une pension, d'invalidité.

Lorsque les services de la SDP estiment que le dossier est en état d'expertise médico-légale, celui-ci est transmis au médecin chargé des Pensions militaires d'invalidité (PMI) du Centre d'expertise médicale et de Commissions de réforme (CEM/CR) dans le ressort duquel réside l'intéressé. Ce médecin désigne un médecin-expert choisi parmi les médecins civils habilités par la SDP. En cas d'urgence et s'il n'existe aucun médecin civil, un médecin militaire peut être désigné.

Instruction médicale du dossier

Le Code des pensions militaires d'invalidité et victimes de guerre (CPMIVG) ouvre droit à une pension proportionnelle au dommage, lui-même apprécié au regard du déficit fonctionnel et de l'atteinte de l'état général. Ce n'est pas une blessure ou une maladie que l'expert a la mission d'évaluer mais leurs séquelles.

Le médecin-expert

Les fondements juridiques de la mission de l'expert reposent sur le CPMIVG. Des dispositions réglementaires en précisent les conditions d'application.

Les conditions de réalisation de l'expertise ont été détaillées dans les premiers documents d'application de la loi du 31 mars 1919. Ainsi, l'instruction n° 8 (1) recommande-t-elle au médecin expert d'examiner complètement et par lui-même le blessé ou malade soumis à son expertise. Dans son appréciation de l'invalidité, il est toujours juste et bienveillant (art. 35).

L'instruction ministérielle n° 606 B du 20 juillet 1976 (non insérée au BO) relative aux expertises médicales définit le rôle du médecin expert en reprenant les termes de l'instruction n° 831 Ci/7 du 10 juillet 1919 : « L'expert sera bienveillant et juste envers les victimes de la guerre … ».

« Les experts doivent, en toute circonstance, examiner minutieusement et complètement le candidat à pension qui se présente devant eux… ».

« Il doit abandonner toute tendance restrictive et se garder de sous estimer les invalidités des candidats à pension… ».

« Enfin les experts seront à la fois consciencieux et rapides dans leurs expertises ; les infirmes attendent impatiemment la décision qui leur donnera l'indem-

nisation à laquelle ils ont droit et que la Nation a hâte de leur accorder ».

L'instruction de 1976 persiste à attribuer au médecin expert, et par délégation, un rôle que beaucoup méconnaissent et qui était dévolu aux médecins experts œuvrant dans les années qui suivaient les conflits : « 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 … ».

« Sur le plan technique, l'expertise médicale constitue un élément essentiel de l'instruction des demandes de pension qui sera toujours nécessaire à l'évaluation des séquelles de blessures ou maladies invoquées et de leurs complications locales ou générales. 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… ».

« Il sera toujours essentiel de donner des précisions sur l'état général du candidat (dont la taille et le poids), élément important dans la fixation du taux d'évaluation du déficit fonctionnel… ».

Le médecin-expert devait examiner le postulant à un double point de vue : au point de vue de la pension, en évaluant le degré d'invalidité et au point de vue de la décision militaire, en appréciant l'aptitude au service. Aujourd'hui, ce dernier point ne relève plus de ce médecin expert.

La partie réglementaire du CPMIVG précise en ses art. R 11 et R 12 (6), les conditions de nomination des médecins chargés de l'expertise médicale amiable. Le médecin-expert est choisi soit parmi les médecins militaires (ce sont alors le plus souvent des spécialistes hospitaliers), soit, et c'est le cas le plus fréquent, parmi les médecins civils spécialement habilités à cet effet. L'habilitation des médecins civils est délivrée par la SDP, pour une durée d'un an tacitement renouvelable. En cas d'urgence, s'il n'existe aucun médecin civil, un médecin militaire peut être désigné. La SDP peut également désigner, pour une unique affaire ou une expertise déterminée, un médecin expert civil non habilité. L'acte de nomination mentionne les motifs spéciaux de cette désignation. Les médecins experts civils sont instruits et formés en matière de droit des pensions militaires d'invalidité par le médecin chargé des PMI du CEM/CR.

Tous les cas délicats ou relevant d'une spécialité sont soumis à un expert spécialiste ou à un « surexpert » (sans que le Code ne précise ce qu'est un surexpert).

Le médecin-expert conduit son expertise sans particularité, le plus souvent en tête-à-tête avec le postulant à pension qui est seul mais qui a la faculté de se faire assister de son médecin traitant (ce qui en pratique est rare) et de produire des certificats médicaux qui seront annexés au dossier (cf. art. L 23). On peut donc considérer que l'expertise est contradictoire. L'expertise proprement dite se déroule obligatoirement en quatre temps : examen des pièces préalablement rassemblées par la SDP, interrogatoire avec recueil des faits, allégations et doléances du postulant puis examen centré sur l'organe ou l'appareil concerné par l'invalidité avant un quatrième temps qui est celui de la rédaction du rapport d'expertise dénommé protocole. Au besoin, l'expert peut prescrire une hospitalisation, des examens paracliniques, qui seront pris en charge, comme pour les frais d'expertise, par la SDP. En effet, l'expert ne doit pas se contenter d'affirmer, il doit chaque fois que possible appuyer ses dires sur des données objectives fournies par des examens complémentaires.

Dans le cas où l'état de santé de l'intéressé ne lui permet pas de se déplacer, celui-ci en fait la déclaration, à laquelle il joint un certificat médical d'intransportabilité. La visite est alors faite par le médecin expert qui se déplace au domicile ou sur le lieu d'hospitalisation. Il peut même arriver que le médecin chargé des PMI se déplace en personne.

Le protocole rédigé par le médecin expert doit impérativement répondre ou à défaut discuter et tenter d'apporter les éléments de réponse aux items suivants :

– distinguer les allégations des constatations. Tous les signes cliniques et résultats, normaux ou non, des examens paracliniques doivent être décrits ;

– préciser le diagnostic qui doit être un libellé synthétique, précis, concis, à la fois clinique et étiologique ; ce diagnostic doit être assorti d'une description complète et détaillée des infirmités décrivant le déficit fonctionnel et l'atteinte éventuelle de l'état général. La description est complétée, le cas échéant, des résultats des examens complémentaires qui étayent ce diagnostic ;

– indiquer si les séquelles relèvent de blessure ou de maladie, au sens du CPMIVG ;

– donner un avis sur le caractère permanent ou non des infirmités, sur leur curabilité et évolution possible ;

– émettre une proposition de taux d'invalidité en s'appuyant sur le guide-barème ;

– discuter l'étiologie, c'est-à-dire l'origine exacte de l'infirmité, comme certaine (par raisonnement, au vu des examens paracliniques et selon les connaissances scientifiques du moment), ou la reconnaître comme possible, probable, impossible ou inconnue ;

– étudier la relation entre l'infirmité et une invalidité déjà pensionnée ou précédemment rejetée et dire, en s'appuyant sur le raisonnement, si cette relation de cause à effet est :

– directe ou indirecte,

– exclusive, partielle ou inexistante,

– déterminante, favorisante, déclenchante ou révélante ;

– argumenter la filiation entre l'infirmité et un antécédent de blessure ou de maladie constaté ou allégué en service et mentionné dans les pièces médicales contemporaines de l'antécédent ;

– fonder son avis d'expert concernant l'imputabilité en envisageant le double lien d'une part entre les séquelles alléguées qu'il vient de constater et les lésions initiales et d'autre part le lien entre ces lésions et l'accident. Cet avis sur l'imputabilité recourt aux mécanismes, étudiés supra, de la présomption selon les circonstances du service ou selon la preuve, sur la base de la démonstration d'une relation médicale directe, certaine et déterminante entre l'infirmité et un fait de service précis ou des circonstances particulières de service.

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.

• S'agissant toujours d'une première instance ou d'une nouvelle instance, 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.

• 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, aux termes du CPMIVG, ne peut fonder l'imputabilité que si elle est directe et déterminante.

Le postulant à pension n'a pas connaissance du contenu du protocole d'expertise produit par l'expert, cependant, à sa demande écrite, il peut lui être communiqué par le médecin chargé des PMI.

Le médecin chargé des PMI du CEM/CR

Le certificat médical établi par le médecin traitant qui est souvent joint à une demande de pension n'a pas pour seul but de nommer l'affection pour laquelle la pension est demandée ; s'il est informatif, il permet aussi de choisir et missionner l'expert en toute connaissance de cause. Ce certificat peut être pris en compte au titre de l'instruction médico-légale du dossier de pension, il ne constitue qu'un élément d'information.

Seul le médecin chargé des PMI est habilité à désigner les experts et surexperts et à demander au besoin un avis auprès d'un spécialiste compétent.

Il nomme autant d'experts que nécessaire, en fonction des spécialités exercées. Les rhumatologues sont très souvent sollicités. Il définit précisément la mission confiée à l'expert, ainsi que le font les juridictions. Après réception du (ou des) rapport d'expertise, il procède à l'étude des droits à pension de l'intéressé et il établit sur un document pré-imprimé son avis sur le droit à pension d'invalidité. Le médecin chargé des PMI n'est pas tenu de retenir le même taux que celui proposé par l'expert, même si les règles d'attribution sont les mêmes. Ce document n'est différent du constat provisoire adressé au demandeur que par une mention supplémentaire, le médecin devant y préciser s'il propose ou non la saisine facultative de la Commission consultative médicale (CCM). L'avis du médecin chargé des PMI qui est transmis à la SDP mentionne pour chaque infirmité :

– son libellé exact ;
– sa relation médicale avec d'autres affections ;
– sa nature (blessure ou maladie) ;
– son caractère temporaire ou définitif ;
– son taux précédent (s'il y a lieu) et le taux proposé ;
– le point de départ du droit ;
– l'avis médical sur l'imputabilité. Celui-ci ne préjugeant pas du résultat de l'étude juridique à effectuer par les services administratifs.

Lorsque le taux minimum indemnisable n'est pas atteint, il n'est pas procédé à la recherche de l'imputabilité. Cette recherche est non seulement inutile mais interdite par la jurisprudence du Conseil d'État. Si dans ce cas elle venait à être mentionnée sur le projet de constat provisoire des droits à pension elle n'aurait aucune valeur juridique, qu'il s'agisse d'une imputabilité reconnue ou d'un rejet. Dès lors qu'elle est interdite, cette recherche n'est pas créatrice de droit, même s'il y a eu jugement par un tribunal, jugement qui ne manquerait pas d'être cassé par le Conseil d'État.

Deux exceptions à cette règle sont à signaler.

La première est celle d'une maladie dont on ignore si elle est imputable à des services accomplis en période hors guerre (taux minimum d'indemnisation de 30 %) ou à des services de guerre ou d'opérations de guerre (taux minimum d'indemnisation de 10 %).

La deuxième exception était, jusqu'à il y a peu, celle de la recherche obligatoire de l'imputabilité d'une affection qui justifie pour le militaire un congé le plaçant en position de non-activité pour raisons de santé. Il s'agit des congés de longue durée pour maladie et des congés de longue maladie. La circulaire n° 179 (7) prévoyait que l'imputabilité devait être obligatoirement recherchée préalablement à la mise en congé car son existence augmente la durée des droits à congé et la période de droit à solde entière. Ainsi, un militaire ayant plus de trois ans de service a droit à 5 ans de congé dont un an à solde entière, deux ans à solde réduite de moitié et deux ans sans solde pour une maladie non imputable ; il a droit à 8 ans de congé dont 5 à solde entière et 3 à solde réduite de moitié pour une affection reconnue imputable au service.

Or, les dispositions de la loi n° 2005-270 (8) portant statut général des militaires, abrogée mais incluse dans le Code de la défense par l'ordonnance n° 2007-465 (9), ont établi de nouvelles règles en matière de congés liés à l'état de santé qui ne font plus reposer l'appréciation des droits des militaires sur la reconnaissance de l'imputabilité au service des affections dans le cadre du CPMIVG. En effet, d'après les art. L 4138-12 et L 4138-13 du Code de la défense (10), la notion d'imputabilité au service a été remplacée, pour la détermination de la rémunération et de la durée du congé de non-activité par la notion de survenance « du fait ou à l'occasion de l'exercice des fonctions ou de l'une des causes exceptionnelles prévues à l'art. L 27 du Code des pensions civiles et militaires de retraite ». Cette appréciation incombe à l'autorité militaire, en l'espèce, le directeur des ressources humaines de chaque armée ou service. Les causes exceptionnelles citées à l'art. L 27 supra sont les blessures résultant de l'accomplissement d'actes de dévouement dans un intérêt public ou après avoir exposé ses jours pour sauver la vie d'une ou plusieurs personnes.

Ainsi, la décision de l'autorité militaire relative à la reconnaissance d'un lien au service devient-elle autonome de celle conduisant à la concession d'une pension. L'appréciation du gestionnaire repose sur les comptes rendus, rapport circonstancié, extrait du registre des constatations, procès-verbal de Gendarmerie ou de

Police ainsi que sur tout autre élément utile pouvant permettre d'apporter la preuve ou une preuve contraire. Les mêmes éléments du dossier peuvent être utilisés par le gestionnaire et par la CRPMI. La décision de l'autorité militaire s'appuie également sur l'avis de l'inspecteur du Service de santé pour l'armée d'appartenance du militaire qui doit apprécier le lien possible entre l'apparition de l'affection et l'exercice des fonctions (11). Dans les cas litigieux et de diagnostic difficile, l'autorité militaire (en fait, la direction des ressources humaines de chaque armée ou service) peut recourir au comité supérieur médical prévu à l'article 27 du décret n° 2006-882 (12), relatif aux positions statutaires des militaires.

Ces nouvelles dispositions précisant le lien au service font l'objet de la note n° 230022 de la DRH-MD (13). Bien que la circulaire n° 179 ne soit toujours pas abrogée, l'ancienne procédure avec sollicitation de la CRPMI ne devrait donc plus être appliquée, d'autant que les textes législatifs et réglementaires qui le prévoyaient ont été abrogés.

Les notions d'imputabilité au service et de survenue du fait ou à l'occasion de l'exercice des fonctions sont voisines mais restent distinctes.

Le militaire n'est donc plus astreint à déposer une demande de PMI pour déterminer ses droits à congés liés à l'état de santé. Il peut cependant le faire pour que soit étudié son droit à pension d'invalidité. Les deux procédures sont donc indépendantes.

En cas d'avis contraire pris par ces deux instances l'une ne reconnaissant pas le lien au service étudié pour les droits au congé de non activité et l'autre admettant l'imputabilité et le droit à pension d'invalidité, ou inversement, le militaire garde la possibilité d'exercer son droit de recours, en procédure amiable ou devant la juridiction compétente. Cependant, les deux notions de survenance du fait ou à l'occasion du service et d'imputabilité n'étant pas strictement identiques, l'issue de ce recours paraît incertaine d'autant qu'aucune des deux administrations n'est liée par la décision prise par l'autre.

Sur le fondement de l'avis du médecin chargé des PMI du CEM/CR concernant les aspects médico-légaux du dossier et des éléments recueillis au cours de l'instruction administrative, la SDP établit un projet de constat provisoire des droits à pension comportant, le cas échéant, mention du droit ou de l'absence de droit aux allocations de grands mutilés, à l'hospitalisation ou à la majoration pour tierce personne. Ce projet doit être conforme, quant au diagnostic, au taux d'invalidité et aux autres points médicaux, à l'avis du médecin chargé des PMI du CEM/CR et à celui de la CCM lorsque le dossier lui a été soumis.

Le projet de constat est notifié à l'intéressé (par lettre recommandée avec demande d'avis de réception). La notification du constat provisoire mentionne la faculté qu'a le demandeur de saisir la commission de réforme prévue à l'art. L 6 du CPMIVG et d'être entendue par elle, ainsi que les voies et délais de cette saisine.

Ce constat est destiné à informer le postulant du résultat de l'instruction administrative et médico-légale de ses droits en l'état du dossier. Le postulant est ainsi en mesure d'apprécier s'il veut ou non saisir la CRPMI. Ce choix ne préjuge en rien des recours administratifs ou contentieux qui pourront être éventuellement formulés contre la décision ministérielle qui sera prise ultérieurement. Le demandeur dispose du délai maximum de quinze jours après la notification d'un constat provisoire pour accepter ce constat ou demander l'examen de son dossier par la CRPMI. Il est alors convoqué quinze jours au moins à l'avance par lettre simple. S'il ne se rend pas à cette convocation, il est convoqué à nouveau avec le même délai par lettre recommandée. S'il ne défère pas à cette seconde convocation sans motif valable, la commission statue sur pièces (cf. art. R 15). Ce constat des droits à pension revêt un caractère provisoire en raison du pouvoir de décision incombant au ministre en charge du budget ; s'agissant d'un acte préparatoire, il ne peut être l'objet d'un recours contentieux comme peut l'être une décision.

Saisine de la commission de réforme des militaires

La CRPMI constituait la pierre angulaire de la procédure de traitement des demandes de pension militaire d'invalidité jusqu'à la parution de la loi n° 93-1352 (14) qui en modifiant les art. L 6, L 18, L 24 et L 28 du CPMIVG en a fait une instance de recours. La saisine de la commission est devenue facultative et réservée au seul postulant. Cette mesure, en modifiant la procédure d'instruction, a permis d'en simplifier les formalités, d'accélérer les délais de traitement des dossiers et de formaliser les différents documents utilisés.

Auparavant le médecin expert du centre de réforme avait à se prononcer sur l'aptitude au service des postulants. Ce n'est aujourd'hui plus le cas, cette décision relevant de la commission de réforme des militaires, prévue par le décret n° 2006-1166 (15) et appelée à se prononcer sur l'inaptitude définitive au service des militaires. C'est donc l'histoire qui explique la dénomination de ces deux commissions de réforme, aujourd'hui bien distinctes, mêmes si d'aucuns les confondent, par méconnaissance de leur rôle respectif. Autre différence, les commissions de réforme sont, à ce jour encore, propres à chaque armée alors que la CRPMI est commune.

La composition de la CRPMI a été modifiée par les décrets n° 95-734 (16) et n° 2008-8 (17), ce dernier imposant une nouvelle rédaction des art. R 14 à R 18 du CPMIVG, nouvelle rédaction qui n'avait pas été prise en compte dans l'instruction n° 200896 (5) relative à l'organisation de la CRPMI, mais cette anomalie a disparu le 1er janvier 2012 avec l'abrogation de cette instruction.

La CRPMI est désormais composée de :

– un médecin-chef des services ou un médecin en chef président de la commission, nommé par le ministre de la Défense (en fait par délégation de ce dernier, il est nommé par le directeur central du service de santé des armées) ;

– deux officiers dont un officier supérieur et un capitaine ou un officier de grade équivalent désignés par le commandant de la région militaire (terre ou maritime) sur le territoire duquel est situé le domicile du demandeur ou par le directeur des ressources humaines de l'armée de l'Air.

Les membres de la commission sont choisis parmi les officiers de carrière ou sous contrat, en position d'activité. Des membres suppléants sont également désignés. Tout membre de la commission ayant un intérêt personnel dans l'affaire ne peut prendre part aux délibérations. Il ne sera alors délibéré sur cette affaire que si le quorum est atteint (voix du président et d'un membre titulaire ou suppléant). Cette mesure est un principe de base de la médecine expertale. La violation de cette règle entraîne la nullité de la décision de la CRPMI. L'affaire sera alors évoquée à l'occasion d'une autre séance de la CRPMI ou par la CRPMI la plus proche celle initialement saisie.

Les conditions de réunion et de fonctionnement de la commission sont définies par le décret n° 2006-272 (18).

La CRPMI statue en présence de l'intéressé si celui-ci le demande. Elle statue sur pièces lorsque le demandeur le souhaite, lorsqu'il est intransportable, lorsqu'il ne se présente pas à une seconde convocation, lorsqu'il réside à l'étranger ou lorsqu'il est décédé en cours d'instance et que son ayant cause n'a pas souhaité être entendu.

La commission entend les observations que peut avoir à faire le demandeur ou le médecin qu'il a choisi. Elle ordonne, si besoin est, toute nouvelle mesure d'instruction ou toute nouvelle visite (au sens d'expertise). Elle formule une proposition sur l'imputabilité au service, le degré d'invalidité, le caractère permanent des affections et sur l'admission au bénéfice des avantages accessoires à la pension (art. L 18 et L 36 à L 40 du CPMIVG). L'avis de la commission est couché sur le procès-verbal de la commission, document pré-imprimé qui diffère très peu de celui comportant l'avis du médecin chargé des PMI du CEM/CR ou de celui de la CCM. Ce procès-verbal est adressé à la SDP qui en transmet une copie au demandeur

Les trois membres de la CRPMI ont voix délibérative. En cas de partage des voix, celle du président est prépondérante. Mention est alors faite de tout désaccord que pourrait exprimer un membre de la commission avec la majorité. Ces observations sont signées par l'officier qui exprime son désaccord.

L'avis rendu par la commission peut être conforme à celui du constat provisoire. Sa non-conformité peut tenir à des motifs circonstanciés relatifs au pourcentage d'invalidité, à l'imputabilité, au caractère permanent ou non des infirmités, au bénéfice de certains art. (L 18, L 36, L 40 etc.). La remise à la commission de documents constituants des éléments nouveaux du dossier représente un des motifs circonstanciés incitant la commission à ne pas suivre le constat provisoire. Lorsque la CRPMI estime qu'elle n'est pas en mesure de statuer valablement, elle renvoie le dossier à la SDP après avoir décidé de l'ajourner pour complément d'enquête, recherche complémentaire de pièces ou demande d'une nouvelle expertise médicale. Elle peut enfin proposer la rédaction d'un nouveau constat provisoire. En cas d'avis non-conforme, la SDP reprend l'instruction du dossier, selon la même procédure.

La commission est tenue d'appliquer strictement les articles du CPMIVG sans pouvoir les interpréter.

La commission joue désormais le rôle d'une instance de conseil, d'explication et de recours. Les frais de déplacement du postulant pour se rendre sur le lieu où la commission a son siège lui sont remboursés.

Le postulant à pension peut, s'il le juge utile, saisir la CRPMI à chaque fois qu'il reçoit notification d'un constat provisoire qu'il souhaite contester, quand bien même cette commission n'aurait pas été amenée à examiner son dossier au cours des étapes préalables. Un nouveau constat provisoire peut faire suite aux modifications apportées par la SDP (éventuellement suite aux observations de la CRPMI) ou par l'administration centrale du ministère de la Défense.

La circulaire modifiée n° 230125 (4) décrit la localisation et la zone de compétence de chacune des onze CRPMI créées en métropole et des six installées en outre-mer.

Saisine de la commission consultative médicale

Prévue par les articles 77 et 78 de l'instruction n° 8, la commission consultative médicale est instituée auprès du ministre de la Défense et placée sous son autorité. Elle préexistait à la loi du 31/3/1919. Elle remplit auprès de l'administration centrale le rôle de conseiller technique. Ses attributions consistent à examiner ou contrôler au point de vue médical et médico-légal toute question d'ordre technique que le ministre soumet à son appréciation.

La CCM des anciens combattants et victimes de guerre est un organe consultatif rattaché au SGA. Elle est désormais installée à La Rochelle. Elle ne procède que par étude des pièces et dossiers. Elle émet un avis sur le droit à pension après qu'une première appréciation médico-administrative a été portée par la SDP ou par la CRPMI. Elle vérifie l'exacte application du guide-barème des invalidités, la juste application des textes en vigueur et assure une unité de doctrine dans le domaine médico-légal, notamment en vérifiant la conformité des propositions aux connaissances médicales actuelles et aux usages dans le domaine de la réparation du dommage corporel. Elle peut provoquer de nouvelles expertises médicales. Bien que n'ayant pas de pouvoir de décision, son avis s'impose, tout au moins sur les aspects médicaux du dossier.

La saisine de la commission par la SDP intervient soit de manière obligatoire soit de manière consultative. Une liste figurant dans la circulaire n° 721 A (19) répertorie les catégories d'instances pour lesquelles la commission est obligatoirement saisie. Les motifs de présentation tiennent soit à la nature de l'instance, quelle que soit la qualité du postulant, soit en considération de la qualité du postulant.

• Les dossiers sont obligatoirement soumis à l'avis de la commission quelle que soit la qualité du postulant lorsqu'il s'agit :

– imputabilité par preuve : pour les demandes de première instance ou d'infirmité nouvelle entraînant la reconnaissance de l'imputabilité par preuve – preuve d'origine ou preuve d'aggravation – des maladies dès lors qu'elles ouvrent droit à pension et des blessures d'un taux d'invalidité supérieur ou égal à 60 % ;

– imputabilité par présomption d'aggravation : pour toute demande de première instance ou de nouvelle

infirmité tendant à la reconnaissance de l'imputabilité au service d'une aggravation par présomption ;

– imputabilité des infirmités suivantes : systématiquement pour tous les dossiers relatifs à l'imputabilité des troubles psychiques de guerre, des affections cancéreuses, tuberculeuses ou d'origine thérapeutique, des hépatites C, des syndromes d'immunodéficience acquise et des pathologies liées à l'exposition à des rayonnements ionisants, à des lasers ou à des radars ;

– relation médicale : toute demande d'infirmité nouvelle tendant à la reconnaissance de l'imputabilité par relation médicale avec une affection déjà pensionnée ;

– révision pour aggravation : toute demande de révision de pension accordée dans le cadre des art. L 28 (demande en aggravation par un bénéficiaire d'une pension temporaire) et L 29 (demande en aggravation par un bénéficiaire d'une pension définitive) ou d'une infirmité imputable au service par aggravation ;

– application des dispositions des art. L 17 (taux d'invalidité des grands mutilés), R 34-1 (groupement d'infirmités), L 30 (droit à révision en cas de survenue d'incapacité absolue), L 36 (statut des grands mutilés de guerre), L 37 (majorations pour les grands invalides) ;

– première reconnaissance du droit au bénéfice des dispositions de l'art. L 18 (droit à l'hospitalisation ou à la tierce personne) ou L 35 bis (allocation spéciale aux pensionnés incapables de travailler).

• Les dossiers à soumettre obligatoirement à l'avis de la commission consultative médicale en considération de la qualité du postulant, ne concernent pas les militaires mais les membres de la Résistance, les victimes civiles de la guerre, les veuves etc.

Les autres circonstances de saisine sont variées, ce peut être parce que la SDP estime qu'il existe des difficultés d'ordre médico-légal, en particulier sur le droit ou non à pension ou à allocations, à l'aide par une tierce personne, sur l'imputabilité, le taux d'invalidité à retenir ou lorsque ce droit étant établi, la SDP est en désaccord avec le médecin chargé des PMI sur le diagnostic ou sur le taux d'invalidité.

La commission peut prendre l'avis de la SDP quand elle étudie pour un militaire de carrière l'imputabilité au service.

Dans tous les cas où elle est sollicitée, la commission reçoit le projet de constat provisoire ainsi qu'un exposé précis du motif détaillé de la saisine. Elle délivre son avis qui peut être conforme au projet de constat provisoire. Dans le cas contraire, elle peut rectifier les propositions initiales, demander un complément d'instruction du dossier ou un complément d'expertise, voire une surexpertise. Dès lors, son avis précise le diagnostic, l'origine et la curabilité des infirmités, leur caractère temporaire ou définitif, le point de départ des droits, le pourcentage d'invalidité, le taux proposé et les droits annexes ainsi que la période de validité ; elle se prononce donc sur l'ensemble des éléments médicaux et administratifs figurant sur le constat provisoire. Pour ce qui concerne les aspects exclusivement médicaux du dossier, l'avis de la commission s'impose au médecin chargé des PMI qui est tenu de reprendre son avis pour le mettre en totale conformité avec celui de la commission et ce à tout stade de la procédure. Ceci, afin d'être en cohérence avec l'art. R 25 du CPMIVG qui impose que toute décision d'attribution ou de rejet de pension doit être conforme à l'avis du médecin-chef du centre de réforme (devenu le médecin chargé des PMI du CEM/CR) quant au diagnostic et au taux d'invalidité (procédure de mise en conformité de l'avis du médecin-chef avec celui rendu par la commission consultative médicale).

La saisine de la CCM avant que le postulant à pension ne recourt à la CRPMI n'empêche pas l'administration (SDP, administration centrale du ministère des anciens combattants, ministère chargé du budget), lorsqu'elle l'estime nécessaire de consulter a posteriori, la CCM qui se prononcera dans le dernier état du dossier et dont l'avis s'imposera à tous.

Instruction des dossiers liés à l'exposition aux rayonnements lasers et aux ondes électromagnétiques.

Une procédure d'instruction particulière a été instaurée par la circulaire n° 961 du 31 mars 2005 (20) pour les infirmités liées à l'exposition à des rayonnements ionisants, à des lasers ou des ondes électromagnétiques dont les ondes radars.

Le médecin chargé des PMI du CEM/CR à qui le dossier est parvenu, étudie la pathologie présentée, la réalité du risque professionnel durant le service et la relation de cause à effet entre les signes cliniques et les troubles constatés et l'exposition au risque.

Puis le dossier est adressé à l'Institut de recherche biomédicale des armées, en particulier pour l'étude du lien de causalité avec le service.

Parallèlement, une demande de renseignement est adressée à l'inspection du travail dans les armées. Ce service ayant connaissance des accidents en milieu militaire peut délivrer des informations utiles à l'instruction du dossier d'imputabilité.

Ces avis sont colligés et transmis avec les pièces médicales à l'expert saisi par le médecin chargé des PMI.

Détenant l'avis de l'expert, le médecin chargé des PMI du CEM/CR établit le projet de constat provisoire et l'adresse obligatoirement à la commission consultative médicale pour avis. Le constat provisoire définitif est alors rédigé, en conformité avec l'avis de la commission consultative. À ce stade, le cheminement du dossier reprend le cours de la procédure normale.

Cette procédure spéciale et unique a été mise en place en raison de la particulière sensibilité de ces dossiers au regard du risque professionnel (conditions d'exposition), des incertitudes scientifiques, (notamment sur le risque induit par les faibles doses) et de l'aspect humain qu'il convient d'accorder à toute demande.

Liquidation de la pension

La décision de rejet du droit à pension, qui doit être motivée, est prise par la SDP, au nom du ministre de la défense ou de celui chargé des anciens combattants (lorsqu'ils diffèrent). Elle est notifiée à l'intéressé par la SDP.

Lorsque, selon les éléments du constat provisoire, le droit à pension est proposable, la SDP dresse et transmet les projets de liquidation de pension et de fiche descriptive des infirmités, au service des pensions du ministère délégué auprès du ministère chargé du budget. Y sont jointes toutes les pièces du dossier. Suite à l'arrêté de concession de pension pris par le ministre délégué chargé du budget, la pension est inscrite au Grand Livre de la dette publique, à la charge du ministère de la Défense. Le service des retraites de l'État (organisme récemment créé) avise alors le comptable public compétent qui met la pension en paiement. La fiche descriptive des infirmités est notifiée à l'intéressé par la SDP. La procédure de traitement des dossiers de pension est illustrée en Annexe.

Compte tenu des éléments administratifs ou médico-légaux figurant au dossier, le service liquidateur peut prendre une décision finale différente (rejet ou modification) de celle du projet de constat provisoire ou du projet de liquidation. C'est alors la SDP qui en avise l'intéressé par lettre simple, à ce stade la CRPMI ne peut plus être saisie.

La suspension de la pension est opérée par le service des retraites de l'État. Il peut être saisi par la SDP.

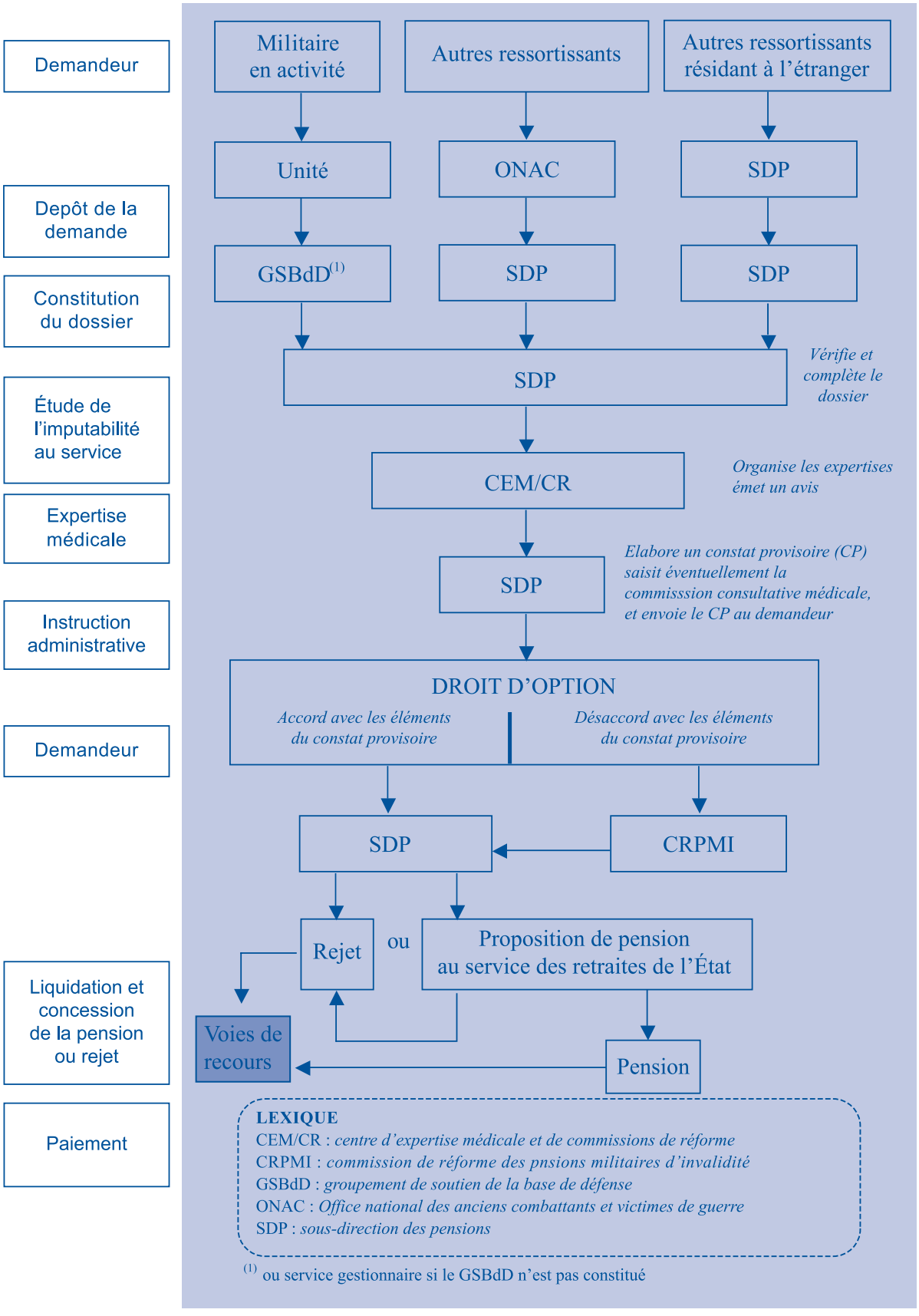
La demande de pension ayant été instruite selon la réglementation et les prescriptions du CPMIVG et le droit au bénéfice démontré, les services de l'État vont procéder à la liquidation de la pension, c'est-à-dire à son paiement à échéance régulière. La procédure de traitement des dossiers est résumée dans la figure en annexe (21). Tel était le sujet de ces trois premiers articles. Ils seront complétés par quatre autres. Le prochain traitera de la détermination du montant de la pension. Les deux suivants aborderont les voies de recours et les autres avantages liés à la pension Une indemnisation étant possible en dehors du CPMIVG, le septième et dernier article envisagera les autres systèmes d'indemnisation des militaires victimes de préjudice corporel par le fait ou à l'occasion du service.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Instruction n° 8/EM/P du 31 mai 1920, prise pour l'application de la loi du 31 mars 1919 sur les pensions militaires pour infirmités et du décret du 2 septembre 1919 portant règlement d'administration publique pour l'application de ladite loi, BO/G : 2674.
2. Arrêté du 18 octobre 2011 portant suppression de services déconcentrés du ministère de la Défense et des Anciens Combattants et abrogeant divers arrêtés relatifs à la direction des statuts, des pensions et de la réinsertion sociale et à ses services déconcentrés. Journal officiel (JO) du 28 octobre 2011 ; texte n° 06.
3. Circulaire interministérielle n° 200878/DEF/SGA/DFP/FM/4 –739/A du 29 avril 1996, relative à la constitution et à l'instruction des dossiers de pension militaire d'invalidité. BOC :4205.
4. Circulaire n° 230125/DEF/SGA/DRH-MD/FM/4 du 12 février 2010, relative à la constitution, à l'instruction et à la liquidation des dossiers de pension d'invalidité du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre. BOC n° 14 du 9 avril 2010; texte n° 2 *.
5. Instruction n° 200896/DEF/SGA/DFP/FM4 du 2 mai 1996, relative à l'organisation de la commission de réforme des pensions militaires d'invalidité. BOC/PP :4250.
6. Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre. Disponible en ligne sur:http://www.legifrance.gouv.fr/, (consulté le 20/3/2012).
7. Circulaire n° 179/DEF/DCSSA/ETG du 8 août 1983, relative à la constitution systématique d'un dossier de pension militaire d'invalidité concernant les militaires atteints d'une affection nécessitant leur placement dans un des congés liés à l'état de santé de la position de non-activité. BOC/PP :6541.
8. Loi n° 2005-270 du 24 mars 2005, portant statut général des militaires. JO du 26 mars 2005; texte n° 01.
9. Ordonnance n° 2007-465 du 29 mars 2007, relative au personnel militaire, modifiant et complétant la partie législative du Code de la défense et le Code civil. JO du 30 mars 2007; texte n° 04.
10. Code de la défense. Disponible en ligne sur : http://www.legifrance.gouv.fr/, (consulté le 20/3/2012).
11. Instruction n° 117/DEF/DCSSA/AST/TEC/MDA du 14 janvier 2008, relative aux conditions médicales d'attribution des congés liés à l'état de santé des militaires. BOC N° 14 du 11 avril 2008; texte n° 7.
12. Décret n° 2006-882 du 17 juillet 2006, relatif aux positions statutaires des militaires. JO du 19 juillet 2006; texte Nn° 4.
13. Note n° 230022/DEF/SGA/DRH-MD/SPGRH/FM1 du 14 janvier 2010, relative aux congés liés à l'état de santé des militaires.
14. Loi n° 93-1352 du 30 décembre 1993, de finances pour 1994. JO du 31 décembre 2008 :18474.
15. Décret n° 2006-1166 du 20 septembre 2006, relatif à la commission de réforme des militaires. JO du 21 septembre 2006; texte n° 3.
16. Décret n° 95-734 du 9 mai 1995, relatif à la procédure d'examen des demandes de pension d'invalidité et modifiant le Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre (deuxième partie, décrets en Conseil d'État). JO du 13 mai 1995 :8183.
17. Décret n° 2008-8 du 2 janvier 2008, relatif à la commission de réforme des pensions militaires d'invalidité et modifiant le Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre. JO du 4 janvier 2008; texte n° 32.
18. Décret n° 2006-272 du 8 juin 2006, relatif à la création, la composition et le fonctionnement de commissions administratives à caractère consultatif. JO du 9 juin 2006; texte n° 11.
19. Circulaire n° 721/A/ACVG du 10 septembre 1992, relative à l'extension de la déconcentration de la liquidation des pensions militaires d'invalidité. Non insérée au BO.
20. Circulaire n° 961/DEF/SGA/DSPRS/DSDE/BEG/JCN du 31 mars 2005, relative à l'instruction des demandes de pension pour des infirmités liées à l'exposition à des rayonnements ionisants, à des lasers ou des ondes électromagnétiques. BOC/PP n° 17:2540-5.
21. Regard sur l'invalidité n° 08, octobre 2009. Publication du SGA. Accessible via Intradef : « SGA/Espace ministériel RH/Couverture et prévention des risques/Militaires/Couverture/Pensions Militaires d'Invalidité (PMI) Lettre d'information Regard sur l'invalidité.

* Les textes du Bulletin officiel postérieurs à juin 2003 sont consultables en ligne sur : http://www.boc.sga.defense.gouv.fr.

Annexe 1. Procédure de traitement des dossiers de pension.



INFORMATION

Le 40e Congrès mondial de médecine militaire du Comité International de Médecine Militaire (CIMM) Royaume d'Arabie Saoudite, Djeddah

du 7 au 12 décembre 2013

La Direction Générale du Service de Santé des Forces Armées saoudiennes a l'honneur d'organiser le 40e Congrès mondial de médecine militaire sous les auspices du Ministre de la Défense, son Altesse Royale le Prince Salman et du Comité International de Médecine Militaire (CIMM), et vous invite à y partager vos expériences, vos recherches, vos articles et vos affiches.

Tous les personnels professionnels médicaux et paramédicaux militaires ou non-militaires, de même que les académiciens, sont invités à participer et à envoyer les résumés de leurs contributions en anglais, en français ou en arabe. (Heures créditées par l'éducation médicale continue, EMC).

Le Congrès comprendra des présentations scientifiques en séance plénière, une exposition d'affiches, quatre ateliers de travail et six tables rondes scientifiques.

Les thèmes abordés seront les suivants :

1. Le rôle de la médecine militaire dans les situations de catastrophe et l'aide humanitaire.
2. L'urgence et les soins de santé de réhabilitation au cours des combats.
3. Les troubles mentaux relevant de la guerre.
4. La préparation médicale précédant le déploiement du personnel militaire.

Un cours de Droit International des Conflits Armés (DICA), précédera le Congrès mondial à Djeddah, du 30 novembre au 5 décembre 2013.

La possibilité de prendre connaissance de la vie sociale et culturelle de la ville de Djeddah sera amplement offerte aux participants. Djeddah est une ville qui a plus à offrir à ses visiteurs qu'une bonne cuisine, un climat agréable et des sites touristiques à visiter. Vous aurez l'opportunité de vous retrouver au cœur du berceau d'une des plus vieilles civilisations au monde tout en étant au sein d'une des villes les plus modernes.
Cet événement aura pour cadre le luxueux Djeddah Hilton Hôtel qui se trouve sur la fameuse corniche longeant la Mer rouge. Nous sommes certains que vous apprécierez grandement le programme scientifique et culturel qui vous sera offert.



Médecin-Major Général Saeed bin Mohammed AL-ASMARY
Directeur général du Service de Santé des Forces armées saoudiennes
Vice-Président du Groupe de Travail Régional Pan-Arabe de médecine militaire
Directeur Général du Congrès

Site Internet du Congrès : www.w40cmmjed2013.org.sa
Pour plus d'informations, merci de visiter le site Internet du CIMM : www.cimm-icmm.org