Voies et procédures de recours contentieuses, autres avantages liés à la pension militaire d'invalidité

Cinquième article

W. De Kobor

Résumé

Cette série d'articles se propose d'étudier l'indemnisation du préjudice corporel subi par les militaires par le fait ou à l'occasion du service ; sujet qui, ces dernières années, a fait l'objet de nombreuses évolutions. Les six premiers articles sont consacrés à l'indemnisation dans le cadre du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre. Ont ainsi été traités dans les quatre articles précédents, les particularités de ce régime d'indemnisation (1er et 2e articles), le traitement d'une demande de pension et sa liquidation (3e article) et la délicate question de la détermination du montant de la pension (4e article). Ce cinquième article est consacré aux voies de recours et à la première partie des autres avantages de la pension qui feront également l'objet du sixième article. Le septième et dernier article s'intéressera aux autres systèmes d'indemnisation auxquels les militaires peuvent prétendre.

Mots-clés : Appareillage. Conseil d'État. Cour régionale des pensions. Médecin expert. Pension militaire d'invalidité. Recours. Soins gratuits. Tribunal des pensions.

Abstract
APPEALS AND LEGAL ACTIONS, OTHER ADVANTAGES RELATED TO THE PENSIONS

The aim of this series of seven articles is to analyse the compensation awarded for bodily injuries incurred by servicemen as a result of or during their service. This topical issue has evolved greatly in the last few years. Thee first six articles are devoted to compensation awarded within the framework of The Code of Military Disability and of War Victim Pensions. The specificities of the system of compensation were first analysed (first two articles), then the request of a military pension and its clearance (third article) and the sensitive issues of the total amount of the pensions (fourth article). This article is devoted to the appeals and to the first part on the other advantages related to the pensions which will be the subject of the sixth article. The seventh and last article will concentrate on the other systems of compensation which servicemen are entitled to.

Keywords: Appeals. Council of State. Free healthcare. Medical expert. Mililtary invalidity pension. Prostheses. Regional Court for Pensions. Pensions Tribunal.

Voies et procédures de recours contentieuses

Il a été dit dans le premier article que le traitement d'une demande de Pension militaire d'invalidité (PMI) s'inscrit préalablement dans une procédure amiable. Qu'il s'agisse d'une demande initiale, d'une demande d'aggravation ou de révision, la procédure amiable est obligatoire et doit être menée jusqu'à son terme. Ce n'est qu'en cas de désaccord avec les propositions et décisions prises que le demandeur (ou l'administration) peut ester en justice. L'article (art.) L 79 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre (CPMIVG), (1) prévoit trois niveaux de recours devant les juridictions compétentes.

Ces recours aux tribunaux sont gratuits, ce qui ne dispense pas des honoraires des avocats.

En aucun cas ces recours contentieux ne sont précédés d'un recours administratif auprès de la commission des recours des militaires. En effet, selon l'art. 4125-1 du Code de la défense (2), sa compétence ne s'étend pas aux décisions prises en application du CPMIVG.

La loi du 31 mars 1919 (3) prévoyait (art. 6) et c'était une nouveauté, que toute décision comportant le rejet de pension définitive ou temporaire devait, à peine de nullité, être motivée et préciser les faits et documents dont résultait la preuve contraire détruisant la présomption

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.

d'imputabilité établie aux art. 3 et 5 de la présente loi. Cette même loi instaurait trois niveaux de recours, qui perdurent aujourd'hui.

Recours en premier ressort

Le siège et le ressort des Tribunaux des pensions (TP) sont déterminés par le décret n° 59-327 (4), modifié par le décret n° 2011-600 (5) qui prévoit, sauf exception, et suite à la réorganisation de la carte judiciaire, un tribunal par cour d'appel (36 au total). La loi n° 2009-526 (6) a supprimé le terme départemental attaché aux tribunaux du premier ressort (anciens tribunaux départementaux des pensions).

Recourir à une procédure contentieuse permet au candidat à pension de contester l'autorité de l'État. Ce dernier, de décideur devient partie à un procès dans lequel la requête introductive d'instance vise à obtenir l'annulation de la décision administrative contestée. Le procès a pour objet de déterminer si cette décision est régulière. Si elle l'est, la requête sera rejetée. Dans le cas contraire, le refus administratif sera annulé et le tribunal devra statuer, dans le cadre de la même instance, sur les prétentions du demandeur.

La requête du candidat tend le plus souvent à obtenir un gain financier par le versement d'une pension (éventuellement à un taux supérieur) ou l'obtention d'un avantage. Il faut donc que les critères ouvrant le droit à la pension ou à l'avantage soient réunis. De ce point de vue, il est sans effet de prouver que l'administration aurait commis une erreur de droit en ne respectant pas une obligation réglementaire. Seul, en effet, le tribunal administratif, qui est une autre juridiction, peut condamner l'État pour faute.

Le TP est une juridiction administrative d'exception placée auprès d'un Tribunal de grande instance. Il est présidé par un magistrat de l'ordre judiciaire assisté d'un juge-médecin et d'un juge pensionné. Le TP est donc composé d'un juge du tribunal de grande instance désigné par le premier président de la Cour d'appel, d'un pensionné, d'un médecin expert près les tribunaux du ressort de la Cour d'appel et d'un commissaire du Gouvernement. La procédure de recours est décrite dans le décret n° 59-327 modifié et les art. R 43 à 62 du CPMIVG. Le secrétariat du TP est assuré par un greffier du tribunal de grande instance.

Devant le TP et la Cour régionale des pensions, l'État, qui est donc une partie au procès, est représenté par le commissaire du Gouvernement. Celui-ci est un agent public ou un militaire en activité de service, désigné par le ministre de la Défense.

Les décisions prises par le ministre de la Défense ou le ministre du Budget en application du CPMIVG sont susceptibles, dans le délai de six mois à compter de leur notification, de recours devant le TP. Le TP est saisi par l'envoi d'une lettre recommandée. Cette requête doit préciser l'objet de la demande et les moyens invoqués ; si elle n'est pas accompagnée de la décision attaquée, elle doit en faire connaître la date, (art. R 57). Après dépôt d'un recours dans les délais légaux, il ne peut y être apporté d'adjonctions ni de rectifications hors délais.

La contestation peut porter sur l'imputabilité (qu'elle soit ou non reconnue, qu'elle soit admise par présomption et non par preuve) sur le taux d'indemnisation (global attribué), le degré d'une invalidité, sur la non prise en compte des documents à leur juste portée, sur une décision d'aggravation, de complication, ou relative aux accessoires de la pension, ou sur toute autre allégation.

Dans ses écritures le requérant doit tout d'abord justifier de la recevabilité de sa requête, avant de développer ses moyens d'annulation. La requête doit être rédigée en français, datée et signée par le requérant ou son mandataire avec mention du nom, prénom et adresse du requérant. La requête est un exposé en trois parties.

Dans la première est rappelé l'ensemble des faits, événements et circonstances dont la connaissance est nécessaire à la compréhension du litige.

Dans la deuxième partie – la discussion – sont exposés les moyens d'annulation.

La troisième partie est l'énumération des pièces que le requérant peut produire à l'appui de ses écritures.

La conclusion de la requête constitue le dispositif dans lequel l'intéressé formule expressément ses demandes dont éventuellement l'attribution d'une somme forfaitaire au titre des frais irrépétibles (frais de justice non compris dans les frais engendrés par le procès que le gagnant peut se faire rembourser par le perdant, à moins que le tribunal n'en décide autrement) liés à la procédure.

Le premier temps du procès, décrit à l'art. R 58, se déroule uniquement par correspondance. La requête est transmise, dans les huit jours qui suivent sa réception, par le greffier au président du TP qui la communique à l'auteur de la décision contestée et au commissaire du Gouvernement. Ce dernier rédige dans le délai de trois mois un mémoire en réponse. Dès leur réception, le greffier près le TP transmet au demandeur, par Lettre recommandée avec avis de réception (LRAR), le texte des nouvelles propositions qui lui sont destinées. Dans le délai de quinzaine à dater de la réception de cette notification, le demandeur doit faire connaître au greffier du TP, par LRAR ou par réponse déposée au greffe du TP, s'il accepte ou non les propositions. Dans le cas où le demandeur laisse expirer le délai de quinzaine sans répondre, il est réputé avoir refusé les propositions.

En cas d'acceptation, le président du tribunal en donne acte par une ordonnance fixant à peine de nullité la nature de l'infirmité et le degré d'invalidité ayant servi de base à la pension allouée.

En cas de non-acceptation et lorsqu'il est recouru à la conciliation, le greffier envoie les convocations nécessaires par LRAR. À l'audience de conciliation, le commissaire du Gouvernement donne lecture de tous les documents relatifs aux faits sur lesquels est fondé le refus de pension, notamment en ce qui concerne les présomptions relatives à l'origine des blessures, accidents ou maladies et à l'aggravation de ces dernières. Ces documents peuvent être communiqués sur place aux intéressés dans des conditions déterminées par le président. Comme à l'audience du TP, le demandeur peut se faire assister de son médecin et de son avocat, le représentant de l'État d'un médecin-conseil. En cas de non-comparution lors de la tentative de conciliation, la communication sur place de ces documents est faite, si

elle est demandée, soit à l'intéressé, soit aux personnes ayant qualité de le représenter.

Si, à l'issue de la conciliation, les parties sont d'accord, il en est donné acte par le président du tribunal qui précise, le cas échéant, la nature de l'infirmité en cause et, dans l'hypothèse où un droit à pension est reconnu, détermine les bases de la pension allouée.

Pour son information et éclairer sa réflexion avant de se déterminer en toute connaissance de cause, le TP a toute latitude de recourir, à tout stade de la procédure, à l'avis d'un expert médical. En effet, le tribunal dispose de la faculté d'ordonner toute mesure d'instruction et d'enquête qu'il juge utile. L'expertise est ordonnée dans un jugement qualifié d'avant dire droit. Notification de cette ordonnance est faite, par les soins du greffier du tribunal des pensions, au médecin désigné ; en cas d'empêchement de ce dernier, il est pourvu à son remplacement par le magistrat présidant le TP.

Comme dans toute procédure judiciaire, l'avis de l'expert médical n'est qu'indicatif, il ne lie pas le juge du fond qui dispose de toute son interprétation souveraine. L'expertise médicale peut précéder ou intervenir après la conciliation.

La mission de l'expert est précisée dans l'ordonnance de désignation du jugement avant dire droit. Le plus souvent, il est demandé à l'expert judiciaire d'examiner l'intéressé en présence, le cas échéant, de son avocat et ou de son médecin traitant, de décrire l'infirmité en précisant l'existence éventuelle d'un état antérieur, d'évaluer le taux d'invalidité à la date de la demande de pension au regard du guide-barème. Le médecin expert peut être amené à se prononcer sur l'imputabilité au service si la question lui est posée.

L'expert nommé convoque le requérant, par LRAR, en informe son avocat et éventuellement son médecin. Les opérations du déroulement de l'expertise ne répondent à aucune spécificité ; après avoir pris connaissance des pièces de dossier, le requérant est entendu en ses doléances, l'avocat et le médecin sont entendus en leurs dires. Puis le demandeur est examiné, hors la présence des non-médecins. L'expert rédige son rapport selon le modèle habituel. Dans le chapitre de la discussion, il formule clairement ses avis et ses explications, en les motivant, afin d'éclairer le juge. Les éléments de la discussion doivent expliquer les conclusions qui apparaissent au chapitre suivant. Dans les conclusions, il n'oubliera pas de répondre à l'ensemble des questions posées, de mentionner les dires puis de dater et signer son rapport. L'expert doit au besoin faire appel au raisonnement et non s'appuyer sur des hypothèses ou des probabilités. Il se prononcera sur le lien et la filiation médicale entre les séquelles invoquées et la maladie ou la blessure.

L'expert doit déposer son rapport au greffe du tribunal dans les trois mois suivants la notification de sa désignation.

Le tribunal peut ordonner une vérification complémentaire et prescrire, s'il y a lieu, la mise en observation (une indemnité quotidienne est attribuée au demandeur mis en observation). La vérification médicale est faite par un ou trois experts choisis par le tribunal, au lieu où le tribunal le juge convenable. S'il y a contradiction formelle entre l'avis des médecins experts et celui du médecin de l'intéressé, le tribunal peut ordonner une nouvelle expertise qui est confiée à trois médecins désignés l'un par le ministre compétent, l'autre par le demandeur et le troisième par le tribunal.

L'imputabilité est établie en consultant les documents contemporains des faits qui précisent, s'ils sont suffisants, les circonstances de temps, de lieu et de responsabilité. Elle est également appréciée au regard de l'avis de l'expert médical. À défaut de preuves ou de présomptions certaines, les juges, tout en respectant le CPMIVG, ont un pouvoir souverain d'appréciation pour estimer qu'il se dégage du dossier une force probante suffisante pour former leur conviction.

Au tribunal des pensions, l'audience est publique. Sur la demande de l'intéressé, le tribunal peut ordonner que les débats aient lieu en chambre du conseil. Sur la demande de l'intéressé et si des motifs graves s'opposent à sa comparution devant le tribunal, le président peut déléguer un des membres du tribunal pour entendre le demandeur à son domicile ou dans une autre localité. Le demandeur peut comparaître en personne ou se faire représenter par un membre de sa famille ou un avocat. Si le demandeur ne se présente pas à l'audience ou ne s'y fait pas représenter, la décision est rendue par défaut, sauf si le président de la juridiction décide le renvoi à une audience ultérieure.

« Il est alloué aux pensionnés et postulants à pension qui ont comparu sur convocation devant une juridiction des pensions ou devant le médecin expert commis par cette juridiction, une indemnité de comparution et, s'il y a lieu, une indemnité de voyage et de séjour égales à celles qui sont accordées aux témoins par le tarif des frais de justice en matière criminelle », (art. R 61).

Le TP ne peut valablement délibérer que si les trois membres sont présents. Le TP statue en faisant droit à la demande ou en déboutant le requérant.

Le jugement motivé du tribunal est notifié à l'intéressé par LRAR. Il n'est pas susceptible d'opposition, c'est-à-dire qu'il est exécutoire sans que l'administration ne puisse en modifier ni le taux, ni le mode d'imputabilité. La notification doit mentionner les voies et délais de recours ainsi que la juridiction devant être saisie.

En l'absence de pourvoi dans les deux mois contre ce premier jugement, la décision de justice prend un caractère définitif de chose jugée. À ce stade, l'intéressé ne dispose plus que d'un recours gracieux, qui a été décrit dans le précédent article.

Recours en deuxième ressort

Lorsqu'après ce premier recours, la partie perdante n'est pas satisfaite de la décision du TP, elle peut faire appel. La procédure est également décrite par le décret n° 59-327 (4), modifié par le décret n° 2011-600 (5) et par les art. R 64 à R 68 du CPMIVG.

L'appel interjeté au nom de l'État est formé par le ministre de la Défense ou le ministre du Budget.

Les demandes de l'un et de l'autre sont adressées par lettre recommandée (LR) au greffe de la cour avant expiration du délai. La demande d'appel, formulée par l'administration, doit de plus être notifiée à l'intéressé par LR.

L'appelant dispose d'un délai de deux mois suivant la notification du jugement du TP pour intenter appel devant la cour régionale des pensions qui siège au chef-lieu du ressort de la cour d'appel. La cour est composée d'un président, président de chambre à la cour d'appel et de deux conseillers à la cour d'appel. Le commissaire du Gouvernement est un agent public ou un militaire en activité de service désigné par le ministre de la Défense.

L'objet de l'appel est de démontrer que le jugement de première instance doit être annulé. Ce n'est que si la cour suit l'appelant dans son raisonnement qu'elle examinera les questions de fond du dossier.

Dans le mémoire d'appel, la question de la légalité du jugement est examinée avant celle de la décision administrative attaquée. La cour peut également ordonner une nouvelle expertise judiciaire selon les mêmes modalités que le TP.

En matière de contentieux de PMI, le ministère de la Défense confie la défense des dossiers de premier et deuxième ressorts à la sous-direction des pensions (direction des ressources humaines, service de l'accompagnement professionnel et des pensions).

Recours en troisième ressort

Au stade ultime chaque partie peut intenter un dernier recours en cassation auprès du Conseil d'État (CE) qui statue sur le dossier en rejetant la requête ou en cassant la décision de justice.

Le pourvoi en CE résulte de l'initiative de l'intéressé ou de l'administration. Lorsqu'il est formé au nom de l'État, il est présenté par le ministre de la Défense ou le ministre chargé du budget. Le pourvoi doit être formé dans les deux mois qui suivent la notification de la décision de la cour régionale des pensions. À ce titre, pour être recevable en cassation, le pourvoi doit être fondé sur des moyens sérieux. Cette procédure d'admission en cassation est une étape préalable à l'examen sur le fond du pourvoi.

La procédure de cassation, auprès du CE comme auprès de la Cour de cassation, n'a pas pour objet, à la différence de la procédure d'appel, de réexaminer le litige, mais seulement de vérifier la légalité de la décision prise par la juridiction d'amont. Juridiction suprême en matière de droit administratif, le CE assure l'unité de l'interprétation et de l'application de la règle de droit, sans pour autant s'interdire toute évolution, voire des revirements.

En cas d'annulation de l'arrêt de la Cour d'appel, il peut renvoyer l'affaire devant le juge du fond d'une cour régionale des pensions d'un autre ressort, à moins qu'il n'estime devoir régler l'affaire au fond au motif d'une bonne administration de la justice, (art. 821-2 du Code de justice administrative, la décision Brugnot en est un exemple).

L'art. 17 du décret n° 59-327 (4) modifié et l'art. R 69 du CPMIVG prévoient que les recours en cassation contre les arrêts rendus par les cours régionales des pensions sont introduits, instruits et jugés conformément au chapitre 1er du titre II, livre VIII du Code de justice administrative.

Il en résulte que dans la rédaction de son mémoire, la direction des affaires juridiques (organisme du secrétariat général pour l'administration du ministère de la Défense), en charge du dossier préparé par la sous-direction des pensions, peut invoquer des moyens de légalité externe et des moyens de légalité interne.

Les premiers sont par exemple relatifs à l'insuffisance des motivations, à la violation des formalités, des règles de procédure comme le non-respect du contradictoire (CE, 29 octobre 2007, n° 295694, les conclusions du requérant ne figuraient pas dans le dossier soumis à la cour régionale des pensions).

Les moyens de légalité interne concernent l'erreur de droit dont une règle a été violée par interprétation extensive ou restrictive ou dont l'application a été inexacte (CE, 26 mars 2007, n° 290377, la cour régionale des pensions a considéré que l'infirmité du requérant, évaluée au taux de 2 %, ouvrait droit à pension alors que le taux minimum indemnisable est de 10 %).

En cassation, il ne peut être présenté de moyen nouveau, c'est-à-dire que nul ne peut recourir à un sujet demeuré étranger au débat devant les juges du fond (CE, 13 février 2004, n° 246149, le requérant soutenant pour la première fois et ce devant le CE, être atteint d'une infirmité à la jambe droite). Les juges du CE ne doivent prendre en considération que les pièces figurant au dossier soumis à l'examen des juges du fond. Une pièce qui justifierait la décision de refus de l'administration et qui n'aurait pas été produite lors des instances préalables ne pourra l'être devant le juge de cassation.

Le rôle du CE est de juger l'application du droit et de contrôler la motivation mais non l'appréciation des faits. Cependant, si le CE estime devoir régler l'affaire au fond, dans le cadre d'une bonne administration de la justice, le mémoire pourra examiner les moyens relatifs aux faits. Il peut s'agir de l'inexactitude matérielle de faits résultant du dossier et sur lesquels les juges se sont appuyés pour former leur conviction. Il peut aussi être invoqué une erreur de qualification juridique des faits (exemple une infirmité qualifiée de blessure alors qu'il s'agissait d'une maladie). Peuvent également être soulevés des moyens pris de la dénaturation des faits par les juges de fond, demandant au CE de vérifier la concordance des appréciations qui leur sont soumises avec les pièces du dossier.

En définitive, le prétendant à pension qui s'interroge sur l'utilité d'engager un contentieux doit, avant de décider, examiner deux points.

La décision de l'administration est-elle irrégulière au regard des règles posée par le CPMIVG ?

Le degré d'invalidité imputable au service atteint-il le minimum imposé par les textes pour avoir droit à une pension ?

Le résultat de l'action dépend pour l'essentiel de la réponse apportée à ces deux questions (7).

Dans les précédents articles, plusieurs décisions citées avaient été prises par la commission spéciale de cassation des pensions. Cette commission, issue de la loi du 31 mars 1919, avait été créée par le décret du 8 août 1935 (8). Adjointe au CE, elle avait en charge de juger les pourvois en cassation nés de l'application des lois du 31 mars (3) et du 24 juin 1919 (9), relatives à la réparation spécifique des conséquences de la Première Guerre mondiale subies par les militaires et les civils. Le fonctionnement de cette

commission spécialisée était décrit dans les art. L 95 à L 103 (aujourd'hui supprimés) du CPMIVG.

La commission était présidée par le président de la section du contentieux du CE, assisté d'un vice-président, conseiller d'État en service ordinaire. Les commissaires du Gouvernement auprès de la commission étaient choisis parmi les maîtres des requêtes ou auditeurs au CE et parmi les conseillers référendaires ou auditeurs à la Cour des comptes. Des rapporteurs, membres du CE, magistrats de la Cour des comptes ou des Cours d'appel étaient adjoints à la commission. Le secrétariat de la commission incombait au secrétariat général du CE. Pour l'instruction comme pour le jugement des recours, la commission pouvait être divisée en sections. Le président pouvait cependant décider qu'un pourvoi serait jugé par la commission en séance plénière.

La commission spéciale de cassation des pensions a été créée de façon temporaire, (cf. art. L 95 du Code). La baisse de l'activité de la commission constatée dès 1994, couplée à la diminution du nombre de ressortissants du CPMIVG, a incité le Gouvernement à supprimer cette commission. L'art. 84 de la loi n° 2002-73(10) en abrogeant les art. L 95 à L 103 du CPMIVG a, de fait, supprimé la commission. De même, ont été abrogés les art. R 70 à R 90 précisant le fonctionnement de la commission. La réattribution du contentieux qu'elle traitait est revenue aux formations ordinaires du CE, qui étaient déjà compétentes en ce domaine de 1919 à 1935.

La procédure générale des voies de recours est schématisée en annexe.

Le demandeur qui au terme de la procédure décrite a obtenu la jouissance d'une PMI, se voit également attribuer le bénéfice d'autres avantages et accessoires.

Autres avantages liés à la pension militaire d'invalidité

Soins gratuits

Toute concession de Pension militaire d'invalidité (PMI) ouvre droit au bénéfice des soins médicaux gratuits pour les affections pensionnées, (art. L 115) ainsi qu'à l'appareillage, (art. L 128). Cette partie du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre (CPMIVG) a été profondément remaniée par le décret n° 2009-1757 qui modifie les décrets simples de la partie réglementaire, (11).

L'art. L 115 du CPMIVG édicte : « L'État doit gratuitement aux titulaires d'une pension d'invalidité attribuée au titre du présent Code les prestations médicales, paramédicales, chirurgicales et pharmaceutiques nécessitées par les infirmités qui donnent lieu à pension, en ce qui concerne exclusivement les accidents et complications résultant de la blessure ou de la maladie qui ouvre droit à pension ».

L'art. D 53, dans sa nouvelle rédaction de décembre 2009 (sous le terme nouvel article sont désignés ceux dont la rédaction résulte du décret n° 2009-1757), précise : « Tout pensionné au titre du présent Code qui entend bénéficier des dispositions de l'article L 115 est inscrit sur la liste spéciale prévue à l'article premier du décret n° 59-328 du 20 février 1959 (12) modifié, relatif aux soins gratuits prévus à l'art. L 115 du CPMIVG. Cette liste est établie, mise à jour et contrôlée par la Direction des ressources humaines du ministère de la Défense (DRH-MD). Un numéro d'identification est attribué à chacun des inscrits ».

Dans la version précédente de cet article, le demandeur adressait au directeur interdépartemental des anciens combattants et victimes de guerre dont relevait son domicile, une demande en vue d'être inscrit sur la liste spéciale prévue par l'article 1er du décret n° 59-328.

L'inscription sur la liste suit le sort de la pension, (art. D 55). En cas de rejet du droit à pension définitive, le pensionné perd le bénéfice des dispositions de l'art. L 115, (nouvel article D 54).

L'art D 55, dans sa rédaction dernière, prévoit « Tout bénéficiaire de l'art. L 115, reçoit une attestation de droits aux soins médicaux gratuits qui lui est transmise par la DRH-MD. Il est seul habilité à en faire usage. En cas de pension temporaire, la date limite de validité du droit aux soins est précisée sur l'attestation de droit. Les pensionnés ainsi que les professionnels et établissements de santé sont tenus de se conformer aux dispositions mentionnées sur cette attestation de droit. »

Le carnet de soins gratuits, utilisé jusque fin 2009 et mentionné dans l'art. D 56 n'apparaît plus dans la dernière version de cet article mais il reste encore décrit dans l'art A 12 qui fait référence à cet art. D 56.

Surveillance et contrôle des soins gratuits

La gestion des prestations relatives aux soins médicaux gratuits visées à l'art. L 115 du CPMIVG, vient d'être confiée, par convention au nom et pour le compte de l'État, à la Caisse nationale militaire de sécurité sociale, (nouvel article D 69, (13)). Cette disposition a été mise en pratique par des arrêtés du ministre de la Défense pris au fur et à mesure de la suppression et du transfert de compétences des directions interdépartementales des anciens combattants (DIAC). Ces arrêtés prévoient que les soins médicaux gratuits sont transférés à la DRH-MD ayant comme opérateur la Caisse nationale militaire de sécurité sociale (14).

Le DRH-MD est assisté par un ou plusieurs médecins chargés du contrôle et de la surveillance des soins gratuits dispensés aux bénéficiaires de l'art. L 115. Ces médecins s'assurent que les prestations dues au titre de cet article sont délivrées selon les règles d'un exercice correct et loyal de la médecine et de l'art dentaire et de la pharmacie et s'appliquent exclusivement à la thérapeutique des infirmités ayant donné lieu à pension. Ils procèdent à tous les contrôles sur pièces ou sur place jugés nécessaires.

Les fonctions de médecin chargé du contrôle des soins gratuits peuvent, en tant que de besoin, être confiées, en tout ou en partie, à un médecin placé sous l'autorité du ministre de la Défense. Les établissements et professionnels de santé, ainsi que les bénéficiaires de l'art. L 115, sont tenus de communiquer au médecin chargé du contrôle des soins gratuits tous renseignements et documents d'ordre médical qu'il peut leur demander dans l'exercice de ses fonctions, (nouvel art. D 70).

Les soins gratuits concernent les soins externes (terme employé dans le Code pour les soins sans hospitalisation), les hospitalisations et l'appareillage.

Soins externes

Les pensionnés bénéficiaires de l'art. L 115 et non hospitalisés ont le libre choix du médecin, du pharmacien, du chirurgien-dentiste et de l'auxiliaire médical parmi ceux qui sont légalement autorisés à exercer leur profession. Le recours aux auxiliaires médicaux n'est possible que sur prescription médicale et pour l'exécution des actes figurant à la nomenclature des actes professionnels en vigueur en matière de sécurité sociale, (nouvel art. D 56).

La demande d'accord préalable des actes et traitements pour lesquels cette procédure est prévue par le Code de la sécurité sociale, est adressée au médecin chargé du contrôle des soins gratuits, qui donne son avis pour décision d'accord ou de refus au DRH-MD, (nouveaux art. D 58 et D 59, selon la version précédente des art. D 60 et D 61, la décision incombait au directeur inter-départemental).

Les tarifs applicables des actes et soins externes dispensés dans les hôpitaux et établissements de soins sont ceux qui sont pris en charge par l'assurance-maladie, (nouvel art. D 60 ; précédemment les tarifs étaient déterminés par l'agence régionale d'hospitalisation dont relevait l'établissement, ancien art. D 62).

Les pensionnés effectuant une cure thermale au titre de l'art. L 115 ont droit au versement d'une indemnité forfaitaire d'hébergement et au remboursement des frais de transport. La prise en charge de ces derniers est calculée sur la base du tarif le plus économique dont peuvent bénéficier les intéressés. Le montant de l'indemnité d'hébergement est fixé par arrêté conjoint du ministre chargé du budget et du ministre chargé des anciens combattants et victimes de guerre, (nouvel art. D 61). L'indemnité forfaitaire d'hébergement s'élève à cinq fois le montant remboursé par la sécurité sociale aux assurés sociaux ; ceux qui sont domiciliés dans la station thermale n'y ont pas droit.

Un complément d'honoraires ne peut être demandé aux bénéficiaires de l'art. L 115 que dans les cas autorisés par le régime général de la sécurité sociale, (art. A 13). Les dépassements d'honoraires des médecins déconventionnés du secteur 2 ne sont pas pris en charge.

Les médicaments pouvant être prescrits, délivrés et réglés au titre de l'art. L 115 sont les médicaments remboursables aux assurés sociaux du régime général de sécurité sociale en vertu des dispositions du Code de la santé publique et de ses textes d'application, (art. A 31). Le pensionné qui fait le choix du médicament princeps plutôt que celui de son générique, ne sera remboursé que sur la base du prix du médicament générique.

Les examens de laboratoire et analyses médicales, les articles de pansements et les autres accessoires pris en charge au titre de l'art. L 115 sont ceux figurant au tarif interministériel des prestations sanitaires, (art. A 32 à 34).

Les tarifs des honoraires et frais accessoires (indemnité kilométrique ou autre) dus aux praticiens et auxiliaires médicaux sont ceux qui sont retenus par le régime général de la sécurité sociale pour le remboursement de ces prestations aux assurés sociaux, (art. A 37).

« Lorsqu'il procède à une visite au domicile du pensionné au titre de l'affection pour laquelle il est bénéficiaire de l'art. L 115, le médecin doit indiquer les motifs qui ont empêché l'intéressé de se rendre en consultation à son cabinet médical », (nouvel art. D 57).

En cas de refus de délivrer, dans les conditions fixées par l'art. L 115, les fournitures pharmaceutiques ordonnées au titre dudit article, les préfets ont qualité pour procéder, autant que de besoin, par voie de réquisition, (art. L 120). Tout pharmacien qui, sauf cas de force majeure ou obligation particulière résultant des lois sur l'exercice de la pharmacie n'a pas déféré à la réquisition, est passible d'une amende pouvant s'élever au double de la valeur de la prestation requise, (art. L 123).

Les contestations auxquelles donne lieu le remboursement sont jugées en dernier ressort par le tribunal d'instance, si le montant des sommes réclamées par le pharmacien n'excède pas 225 euros. Au-delà de cette limite, la décision du tribunal d'instance est susceptible d'appel devant la cour d'appel, tant de la part du créancier que du débiteur, (art. L 122).

Pour toutes consultations liées à l'art. L 115, les pensionnés sont en outre dispensés de la participation forfaitaire de un euro mise à la charge de chaque assuré social depuis la réforme de l'assurance-maladie d'août 2004. De même, ils sont exonérés de la participation forfaitaire de dix-huit euros des actes hospitaliers lourds.

Hospitalisations

Toute hospitalisation au titre d'une affection pensionnée doit faire l'objet d'une demande de prise en charge, adressée au moins six jours à l'avance par le praticien en charge des soins, au médecin chargé du contrôle des soins gratuits. En cas d'urgence, la demande précisant les raisons de l'hospitalisation d'urgence est adressée dans les 48 heures suivant sa survenue. Le praticien doit également mentionner le nom de l'établissement de santé choisi par le pensionné qui doit être, sauf exception motivée, l'établissement qualifié le plus proche de son domicile ou de sa résidence provisoire, (nouvel art. D 63).

Le médecin chargé du contrôle des soins gratuits propose au DRH-MD, à qui incombe la décision, d'autoriser ou non la prise en charge de l'hospitalisation au titre de l'art. L 115. Ce dernier notifie sa décision au pensionné et au directeur de l'établissement de santé, (nouvel art. D 65).

Le responsable de l'établissement de santé est tenu d'aviser le médecin chargé du contrôle des soins gratuits des dates d'admission et de sortie du pensionné. Il doit y joindre un certificat du médecin hospitalier en charge des soins du pensionné précisant la date d'entrée et les motifs médicaux justifiant l'hospitalisation, (nouvel art. 64). Les frais d'hospitalisation, d'honoraire et de séjour, sont pour chacune des catégories d'établissement de santé considérées, ceux déterminés par les conditions prévues par le Code de la sécurité sociale et par ses textes d'application, (nouvel art. D 66).

La prise en charge par l'État des frais de transport est calculée sur la base du trajet du moyen de transport prescrit le moins onéreux, compatible avec l'état de santé du pensionné et limité à la distance séparant l'établissement de santé qualifié le plus proche du domicile ou de la résidence provisoire du pensionné, (nouvel art. D 67).

Le prix de journée applicable aux bénéficiaires des soins gratuits est celui déterminé dans les conditions prévues par le Code de la sécurité sociale, (art. D 76).

Les pensionnés, internés au titre de l'art. L 124 du Code, peuvent bénéficier d'une allocation journalière dont les modalités de calcul sont définies par arrêté des ministres chargés des anciens combattants et victimes de guerre, du budget et de la santé, (nouvel art. D 79).

Ainsi, le décret n° 2009-1757 a-t-il aligné le régime des soins gratuits des pensionnés sur celui du régime général de la sécurité sociale des salariés.

Appareillage

« Les invalides pensionnés au titre du CPMIVG ont droit aux appareils nécessités par les infirmités qui ont motivé la pension. Les appareils et accessoires sont fournis, réparés et remplacés aux frais de l'État tant que l'infirmité en cause nécessite l'appareillage.

L'appareillage est effectué sous le contrôle et par l'intermédiaire de l'État. Il est assuré par les centres d'appareillage du ministère des anciens combattants et victimes de guerre.

Le mutilé est comptable de ses appareils qui restent la propriété de l'État, (art. L 129).

Les modalités d'appareillage (exemple, la périodicité de renouvellement) sont fixées par instruction ministérielle », (art. L 128).

Les prix des appareils sont fixés et modifiés, le cas échéant, d'après les dispositions prévues par l'ordonnance n° 45-1483 du 30 juin 1945, (art. L 130). Cette ordonnance, relative aux prix (JO du 8 juillet 1945 et ses rectificatifs – JO des 21/7 et 8/9/1945) est toujours mentionnée dans le CPMIVG, alors qu'elle a été abrogée par l'ordonnance n° 86-1243 relative à la liberté des prix et de la concurrence (15).

Les appareillages sont très divers et comprennent les prothèses (de membre, auditive, oculaire, dentaire, etc.), les orthèses, les chaussures orthopédiques, les voiturettes et fauteuils roulants, les cannes, béquilles, trépieds (avec sabots caoutchouc et crampons verglas), les autres accessoires d'orthopédie, les appareils compensant une surdité et d'une manière générale tous les dispositifs médicaux inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables mentionnés à l'art. L 165.1 du Code de la sécurité sociale (16). Réalisés sur mesure ou de série, ils sont pris en charge par l'État dans les conditions fixées aux art. R 165-1 à R 165-30 du Code de la sécurité sociale, (art. R 102-1 du CPMIVG).

La liste des petits appareillages n'est pas limitative, on y rencontre des perruques, bas à varices, genouillères, ceintures, corsets orthopédiques, semelles podologiques, lunettes, etc.

Les appareils nécessaires aux mutilés sont fabriqués soit par les ateliers des centres d'appareillage soit par l'industrie privée (fabricants agréés), conformément au cahier des charges.

Une commission interministérielle, dite « Commission nationale d'agrément » a pour rôle d'expertiser les différents modèles d'appareils et de prothèses présentés par les fournisseurs qui ont sollicité leur agrément. La commission fait connaître aux ministres intéressés ses propositions relatives à l'agrément, à l'ajournement, au rejet de la demande, à la suspension ou au retrait de l'agrément des fournisseurs, (art. A 48).

En pratique, la gratuité de l'appareillage édictée par l'Art. L 128 subsiste mais sa mise en œuvre se heurte à des difficultés d'application dans les secteurs où l'opposabilité des prix et des tarifs n'existe pas (c'est-à-dire, là où prévaut la liberté des prix).

Les bénéficiaires de l'art. L 128 ont le libre choix du médecin et du centre d'appareillage. Ils pouvaient s'adresser, jusqu'en 2010, aux centres régionaux d'appareillage (CRA) relevant des DIAC dont ils dépendaient. Il existait 18 CRA en métropole. Ces centres constituaient un lieu de consultation par des médecins spécialistes en rééducation et réadaptation fonctionnelle, par des techniciens spécialistes de l'appareillage et également par des fournisseurs d'appareillage. Les médecins avaient pour fonction d'analyser le handicap, de déterminer le type d'appareillage ou d'aide technique et de vérifier, avec l'aide des techniciens, l'adaptation médicale des appareils au handicap de la personne. Les techniciens s'assuraient en outre de la conformité des appareils à la nomenclature et contrôlaient les factures avant mise en paiement. Médecins et techniciens conseillaient également les handicapés, les professionnels de santé et les fournisseurs. En 2010, 180 000 ressortissants étaient pensionnés au titre de l'art. L 128 dont 2 500 étaient vus annuellement en consultation dans des centres et 150 à leur domicile. Chaque centre était équipé pour permettre les essais des appareils, le contrôle de la bonne adaptation de ceux-ci et leur réparation. Au besoin, les techniciens se déplaçaient en milieu hospitalier ou en centre de rééducation et de réadaptation, voire au domicile du patient. Les CRA effectuaient également des prestations au profit des handicapés civils pris en charge par les caisses d'assurance-maladie. C'est au profit de cette population de handicapés que les CRA exerçaient la majeure partie de leur activité. La suppression des DIAC a entraîné la fermeture des CRA.

La nouvelle version de l'article D 80 du CPMIVG, telle que rédigée dans le décret n° 2009-1757 (11), précise que le ministre de la Défense peut confier à un ou des services ou organismes qu'il aura désignés la gestion des prestations relatives à l'appareillage visées à l'art. L 128 du CPMIVG. La Caisse nationale militaire de sécurité sociale est impliquée en tant qu'opérateur dans cette gestion, (nouvel art. D 69) dont l'administration est confiée à la DRH-MD. Les activités d'appareillage sont confiées au Service de santé des armées (SSA) tel qu'il en résulte dans les arrêtés précités de suppression et du transfert de compétences des DIAC.

La mission expertise médicale de l'appareillage est donc maintenant attribuée au Service de santé des armées, qui dispose pour ce faire des spécialistes de

l'Institution nationale des invalides et des hôpitaux d'instruction des armées. À ceux-ci s'ajoutent une trentaine de médecins et une vingtaine de techniciens civils contractuels du SSA. Certains sont affectés dans des hôpitaux militaires du service (dont Bordeaux, Lyon, Metz, Clamart, Toulon). D'autres exercent dans des centres de consultation secondaires (établissements de santé ou de rééducation civils).

Implanté à Woippy, près de Metz, l'ancien CRA est devenu le centre d'études et de recherches sur l'appareillage des handicapés, désormais intégré au sein de l'Institution nationale des invalides, suite à la parution des décrets n° 2009-1753 (17) et 1754 (18). Il donne des informations et des conseils aux professionnels de santé et aux handicapés sur les appareillages et aides techniques, il dispense également des formations à l'utilisation de ces matériels. Il procède à des essais des appareillages et aides techniques en vue de la vérification du respect de la spécification technique et des normes françaises, européennes et internationales. Il réalise des appareillages et des aides techniques particulièrement complexes. Dans le cadre des orientations définies par le ministre chargé des anciens combattants et victimes de guerre, il mène des études et des recherches dans le domaine de l'appareillage et des aides techniques.

Les invalides qui ne désirent pas faire appel au nouveau réseau du SSA, peuvent s'adresser au médecin de leur choix.

La prise en charge de l'appareillage représente un budget dédié, voté chaque année par le Parlement sur le budget des anciens combattants. En 2007, près de huit millions d'euros ont été dépensés à ce titre.

Procédures et voies de recours

En cas de non-respect des modalités de prise en charge prévues au CPMIVG, le DRH-MD (donc le directeur du service) est fondé à refuser, par décision dûment motivée et notifiée aux parties prenantes, le règlement des prestations de soins qui lui ont été facturées, (nouvel art. D 74). Ce directeur peut déférer aux tribunaux des pensions tout dossier faisant apparaître un acte frauduleux ou un abus caractérisé, (nouvel art. D 75).

Les recours formés contre les décisions relatives aux soins gratuits prises par le DRH-MD ou par un autre organisme désigné par le ministre de la Défense, sont portés devant le tribunal des pensions dans un délai de six mois à compter de leur notification à la partie prenante ou à l'organisme intéressé. Le tribunal des pensions instruit au contentieux et statue en première instance selon la procédure prévue par le décret n° 59-327 (4) modifié, et décrite supra, (nouvel art. D 76).

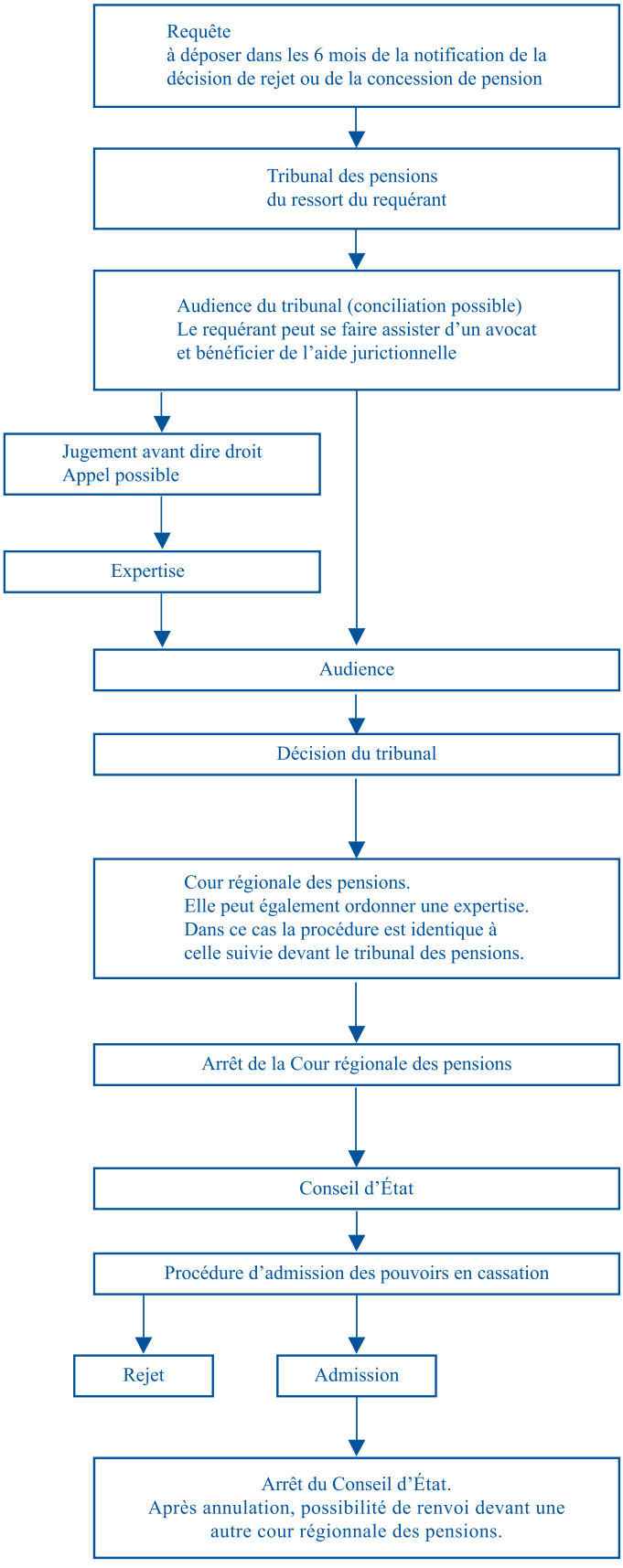
Les autres avantages liés à la PMI seront examinés dans le prochain article. Ainsi seront étudiés la rééducation professionnelle, les droits et avantages sociaux divers, et les statuts particuliers de grand invalide et grand mutilé de guerre ainsi que les droits et avantages attachés à la condition d'ancien combattant.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre. Disponible en ligne sur:http://www.legifrance.gouv.fr/, (consulté le 11/6/2012).
2. Code de la défense. Disponible en ligne sur : http://www.legifrance.gouv.fr/, (consulté le 11/6/2012).
3. Loi du 31 mars 1919 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. Bulletin des lois de la République française, nouvelle série année 1919, partie principale (1re section) tome 11e, n° 241 à 264, n° 246:852-83.
4. Décret n° 59-327 du 20 février 1959, relatif aux juridictions des pensions. JO du 25 février 1959:2379-82.
5. Décret n° 2011-600 du 27 mai 2011, relatif aux juridictions des pensions. JO du 29 mai 2011;texte n° 07.
6. Loi n° 2009-526 du 12 mai 2009, de simplification et de clarification du droit et d'allégement des procédures. JO du 13 mai 2009;texte n° 1.
7. Code annoté des pensions militaires d'invalidité des victimes de la guerre et d'actes de terrorisme. Claude Andrieu-Filliol, René Lacoste, Robert Ducos-Ader, André Delvaux. Paris:Ed. Lavauzelle:947 p, 1992, 11e édition.
8. Décret du 8 août 1935, relatif à la commission spéciale de cassation des pensions. JO du 21 août 1935:9282.
9. Loi du 24 juin 1919, sur les réparations à accorder aux victimes civiles de la guerre. Bulletin des lois de la République française nouvelle série année 1919, partie principale (1re section) tome 11e, n° 241 à 264, n° 252:1794-6.
10. Loi 2002-73 du 17 janvier 2002, de modernisation sociale. JO du 18 janvier 2002:1008-52.
11. Décret n° 2009-1757 du 30 décembre 2009, modifiant le Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre (partie : décrets simples). JO du 31 décembre 2009;texte n° 214.
12. Décret n° 59-328 du 20 février 1959, relatif aux soins gratuits prévus à l'article L 115 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre. JO du 25 février 1959:2382.
13. Décret n° 2009-1667 du 28 décembre 2009, relatif à la caisse nationale militaire de sécurité sociale et modifiant l'article D 713-7 du Code de la sécurité sociale. JO du 30 décembre 2009;texte n° 42.
14. Arrêté du 26 juillet 2010, portant suppression des services déconcentrés du ministère de la défense chargé des anciens combattants et des victimes de guerre. JO du 5/8/2010; texte N° 25.
15. Ordonnance N° 86-1243 du 1er décembre 1986, relative à la liberté des prix et de la concurrence. JO du 9 décembre 1986:14773-8.
16. Code de la sécurité sociale. Disponible en ligne sur : http://www.legifrance.gouv.fr/, (consulté le 11/6/2012).
17. Décret n° 2009-1753 du 30 décembre 2009, relatif au chef du centre d'études et de recherche sur l'appareillage des handicapés de l'Institution nationale des invalides. JO du 31 décembre 2009;texte N° 210.
18. Décret n° 2009-1754 du 30 décembre 2009, relatif à l'intégration du centre d'études et de recherche sur l'appareillage des handicapés au sein de l'Institution nationale des invalides. JO du 31 décembre 2009;texte n° 211.

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

Annexe


Requête
à déposer dans les 6 mois de la notification de la décision de rejet ou de la concession de pension
Tribunal des pensions
du ressort du requérant
Audience du tribunal (conciliation possible)
Le requérant peut se faire assister d'un avocat et bénéficier de l'aide juridictionnelle
Jugement avant dire droit
Appel possible
Expertise
Audience
Décision du tribunal
Appel de l'intéressé ou de l'administration dans les deux mois.
Cour régionale des pensions.
Elle peut également ordonner une expertise.
Dans ce cas la procédure est identique à celle suivie devant le tribunal des pensions.
Arrêt de la Cour régionale des pensions
Recours en cassation de l'intéressé ou de l'administration dans les deux mois.
Conseil d'État
Procédure d'admission des pouvoirs en cassation
Rejet
Admission
Arrêt du Conseil d'État.
Après annulation, possibilité de renvoi devant une autre cour régionale des pensions.

VIENT DE PARAÎTRE



LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Gestion – Tarification – Contentieux

SANDRINE FERRAND

Les statistiques démontrent que le nombre d'accidents du travail est en hausse. Face aux démarches à effectuer, il est parfois difficile pour l'employeur de choisir la meilleure option.

Comment s'effectue la gestion des arrêts de travail ? Quels enjeux financiers se dissimulent derrière la tarification des accidents de travail ? Quels sont les recours en cas de désaccord avec les décisions de la Sécurité sociale ?

À l'appui des derniers éléments relatifs à la réforme de la tarification des ATMP, et des principales décisions et arrêts de jurisprudence, l'auteur répond sans détour et avec pragmatisme à ces questions, pour permettre à l'entreprise de faire face sereinement à ces situations et de réaliser de substantielles économies.

Avec cet ouvrage didactique et complet, l'auteur vous aide à gérer efficacement le suivi des « dossiers accidents du travail ».

Naviguez avec aisance à travers toutes les procédures légales ; les recours juridiques, et maîtrisez l'impact des accidents du travail.

L'auteur : Sandrine FERRAND est consultante formatrice en droit social. Elle dirige son propre cabinet d'audit et de conseil, et accompagne les employeurs dans la gestion des accidents du travail et maladie professionnelles.

ISBN : 978 2 35953 132 9 – Format : 14,5x23cm – Pages : 190 – Prix : 23 € – Éditions GERESO – Tél. : 02 43 23 03 53 – http://www.la-librairie-rh.com