

# L'indemnisation des troubles psychiques de guerre

---

## Avant propos

Le dispositif militaire français engagé en Afghanistan depuis 2001 se compose de près de 4 000 militaires des différentes armées et de la gendarmerie (1). Selon les sources disponibles, 3 750 seraient présents sur ce théâtre d'opération où 521 soldats de la coalition internationale ont été tués pour la seule année 2009 et 576 depuis le début de l'année 2010.

Depuis le début de cette opération de guerre, 50 soldats français sont morts au combat et plusieurs centaines d'autres ont été blessés dont plus de 74 directement au combat depuis le début 2009, ce qui remet d'actualité l'indemnisation des militaires éventuellement victimes de troubles psychiques de guerre.

Comme l'indique le journaliste *Jean-Dominique Merchet* du journal Libération sur son site (2), **plus de la moitié de ces 74 blessés ont été victimes d'engins explosifs improvisés et, toujours depuis 2009, 19 blessés graves ont fait l'objet d'une évacuation stratégique vers la France à bord d'avions médicalisés**, ce que l'on appelle aujourd'hui un « STRATEVAC », une appellation qui apparaît se substituer à l'ancien « RAPASAN » bien connu des anciens militaires.

Ces chiffres fournis par l'état-major des armées sont toutefois signalés comme approximatifs, le Centre de Planification et de Conduite des Opérations (CPCO), la Cellule d'Aide au Blessés de l'Armée de Terre (CABAT) et le Service de Santé des Armées (SSA) ne comptabilisant pas le nombre de victimes de la même manière. **De plus ils doivent être revus à la hausse depuis leur publication au cours de l'été dernier, compte tenu des opérations de combat qui se sont dernièrement déroulées en Afghanistan**

On relève par ailleurs que le rapport entre le nombre de tués et celui des blessés au combat s'établirait à **1 pour 5,7**, ce chiffre, en ordre de grandeur, étant par ailleurs cité comme correspondant à celui des armées américaines et britanniques.

Enfin, comme le souligne ce journaliste très au fait des questions de Défense, ces chiffres ne mesurent que les blessures physiques et ne tiennent pas compte des dommages psychologiques éprouvés par les combattants.

---

(1) Assemblée Nationale – Question parlementaire n° 86481- Réponse du 12.10.2010.

(2) [secretdefense.blogs.libération/défense](http://secretdefense.blogs.libération/défense) du 14.06.2010.

Pour sa part, en citant ses sources, *Aline Leboeuf*, chercheur au laboratoire de recherche sur la Défense de l'Institut Français des Relations Internationales (IFRI), **évoque** le chiffre de 380 militaires français évacués d'Afghanistan pour raisons sanitaires depuis 2001 (3).

Citant toujours ses sources, ce chercheur indique d'autre part qu'environ 17% des troupes américaines au combat en Afghanistan prennent des antidépresseurs ou des somnifères pour supporter « **leur expérience** » et que, selon le Pentagone, tous les soldats américains déployés sont confrontés au stress, 70% réussissant à le gérer, 20% souffrant de blessures temporaires liées au stress, **et 10% étant touchés par de véritables maladies du stress.**

Toutefois, le nombre évoqué des soldats français blessés et/ou évacués sanitaires mentionnés dans l'étude précitée, y compris pour troubles psychologiques ou à la suite d'un stress post-traumatique depuis 2001, apparaît sujet à caution en l'absence d'un bilan exhaustif et précis sur cette question de la part du ministère de la Défense, lequel a d'ailleurs reconnu en 2008 en réponse à une question parlementaire (*n° 26768, JO du 08/07/2008*) « **ne pas encore** » disposer d'une enquête globale sur les psychotraumatismes de guerre de la part de l'Observatoire de la Santé des Vétérans (OSV), créé en 2004 à la suite du rapport de la Mission d'Information Parlementaire (la MIP) sur la Guerre du Golfe.

## **I - Du stress opérationnel au trouble de stress post-traumatique**

**« Faire la guerre » est une épreuve qui n'est pas sans impact sur ceux qui y participent et les anciens combattants de toutes les générations du feu le savent mieux que personne.**

A ce propos, il convient de mentionner que quelque soit la qualité de sa formation et de sa préparation à affronter les épreuves de la guerre et l'accompagnement psychologique dont il peut dans ce cas bénéficier, le militaire réagit différemment aux situations psychologiquement stressantes et physiquement éprouvantes auxquelles il est alors inévitablement confronté.

Toutes les études effectuées sur la question, notamment américaines, montrent qu'il n'y pas de règle. Un officier issu d'une grande école, malgré une formation généralement très poussée et de grande qualité le préparant au commandement et à l'épreuve du feu, peut être victime d'un état de stress opérationnel ou post-traumatique, alors même qu'un jeune soldat à peine sortie de l'adolescence montrera dans les mêmes circonstances une résistance psychologique aux épreuves de la guerre tout à fait remarquable.

---

(3) [ifri.org](http://ifri.org) - Focus stratégique n° 19 du mois de février 2010.

**D'une manière générale, le stress opérationnel relève d'une pathologie courante aujourd'hui bien connue et correctement prise en compte par le Service de Santé des Armées**, en amont au travers de diverses mesures de surveillance et de prévention et, en aval, le cas échéant, par une prise charge des malades par les psychologues et médecins psychiatres des armées. D'autre part, à l'issue des opérations extérieures les armées ont apparemment mis en place certaines « structures de décompression » de nature à favoriser le retour du combattant vers « une vie ordinaire » dans les meilleures conditions possibles.

Toutefois, au-delà de toutes les mesures de surveillance, de prévention et de prise en charge des éventuels malades, se pose naturellement la question de l'indemnisation des militaires victimes d'un stress opérationnel important les mettant par exemple hors d'état de poursuivre leurs services au sein de l'opération ou, ce qui est plus fréquemment le cas, d'un trouble de stress post-traumatique directement lié à un fait de guerre précis, **bien que dans certains cas l'identification pratique entre ces deux états soit parfois difficile à déterminer chez certaines victimes en raison des circonstances globalement traumatisantes de la guerre.**

**Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) est la dénomination anglo-américaine la plus récente désignant un ensemble de symptômes observés dès la fin du 18<sup>e</sup> siècle chez certaines personnes victimes d'un événement traumatique civil ou militaire important** (catastrophe naturelle, guerre etc.) qui furent identifiés à l'époque sous divers vocables ayant parfois un sens quasi insultant pour les victimes (névrose hystérique, neurasthénie post-traumatique, hystérie traumatique, etc.). De tels vocables n'ont heureusement plus cours aujourd'hui.

Cette pathologie est aujourd'hui répertoriée dans la classification internationale des maladies de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Dans les années 70, les séquelles psychologiques graves engendrées par la guerre du Viêt-Nam sur les combattants américains ont provoqué un important regain d'intérêt pour cette pathologie qui ne cesse depuis de faire l'objet de très importantes études, notamment pour les militaires, **à la suite spécialement de la guerre du Golfe et des interventions armées actuellement menées en Irak et en Afghanistan.**

Pour sa part, la législation française des Pensions Militaires d'Invalidité et des Victimes de la Guerre retient officiellement le terme de « **troubles psychiques de guerre** », bien que pour certains médecins psychiatres le terme de « syndrome psychotraumatique de guerre » serait plus adapté. Toutefois, la définition retenue par la France a l'avantage d'ouvrir une possibilité d'indemnisation à l'ensemble des troubles psychiques éventuellement objectivés chez le combattant ou l'ancien combattant, pour autant qu'ils soient reconnus imputables au service par l'administration de la Défense, **ce qui présente généralement de grandes difficultés** (voir infra paragraphe III).

Il appartient naturellement aux seuls médecins psychiatres d'expliquer tous les aspects cliniques de cette pathologie. Pour ce qui le concerne, l'auteur de cet article ne peut qu'en évoquer les aspects les plus connus ainsi que ceux qui lui sont le plus nettement apparus au travers des différents dossiers contentieux d'indemnisation qu'il a eu l'occasion de suivre ou d'examiner.

**L'exposition à un événement de guerre particulièrement traumatisant (mort d'un ou de plusieurs camarades de combat, blessures graves et mutilations subies par le combattant, vision d'horreur des conséquences d'un acte de barbarie ou de terrorisme sur les populations civiles, voire militaires comme par exemple l'abominable attentat du DRAKKAR perpétré en 1983 à Beyrouth etc.) - la liste est malheureusement longue - peut naturellement entraîner chez le militaire de l'abattement, de la peur, de l'angoisse, de la détresse, voire un sentiment d'impuissance et de désespérance.**

Ces troubles peuvent se manifester immédiatement à la suite d'un fait traumatique ou d'une situation opérationnelle particulièrement stressante. Dans ce cas la prise en charge immédiate du combattant par une structure médicale adaptée apparaît de nature à en limiter éventuellement le développement dans le temps.

**Malheureusement, dans certains cas, ils se révèlent souvent à plus long terme après une période de latence qui peut atteindre plusieurs mois, plusieurs années, voire parfois de plusieurs dizaines d'années, par une réexpérience de l'événement traumatique vécu**, notamment au travers de cauchemars, de troubles du sommeil et même dans la journée sous forme de troubles phobiques et anxieux (agoraphobie, sursauts incontrôlés aux bruits violents etc.).

**Ces troubles sont alors susceptibles de devenir très invalidants pour le militaire ou l'ancien militaire**, entraînant chez l'intéressé une détresse cliniquement significative et un cortège de dysfonctionnements au niveau social, familial, relationnel et professionnel.

Les critères de diagnostic de ces troubles sont bien connus des médecins psychiatres, notamment militaires, et, là encore, il n'est pas de la compétence de l'auteur de les analyser précisément.

**Au plan du droit, il en découle que le militaire victime d'un stress opérationnel ayant par exemple entraîné son évacuation sanitaire peut, sous certaines conditions, faire valoir ses droits à réparation et il en va à plus forte raison de même pour celui qui est victime d'un stress post-traumatique bien individualisé.**

## **II – La législation française**

L'indemnisation éventuelle des troubles psychiques de guerre est subordonnée à la reconnaissance de leur imputabilité au service et d'un pourcentage minimum d'invalidité.

Toutefois, d'une manière générale, l'imputabilité n'est pas recherchée lorsque le taux minimum d'invalidité n'est pas atteint.

S'il tel est le cas, elle présente alors en droit un effet « surabondant » (superflu) qui n'exclut pas dans le futur un nouvel examen des droits de la victime, spécialement en cas d'aggravation portant le taux d'invalidité au minimum requis.

## A – L'imputabilité au service

**Le code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre dit « Code des PMI », prévoit notamment pour les militaires l'indemnisation des séquelles de toutes infirmités reconnues imputables au service.**

Conformément aux dispositions combinées des articles L.4 et L.5 du Code précité le pourcentage minimum d'invalidité susceptible d'ouvrir droit à pension est de 10% pour les blessures subies en période de guerre (OPEX) ou hors guerre. Il est de 30% pour les maladies éprouvées en période « hors guerre », mais de 10% pour celles éprouvées au cours des OPEX.

**Aux termes de la législation les troubles psychiques de guerre sont considérés comme des blessures, et sont donc susceptibles d'être indemnisés à partir de 10% de pourcentage d'invalidité.**

Comme pour les autres infirmités, l'imputabilité éventuelle au service des troubles psychiques de guerre résulte des dispositions prévues aux **articles L.2 ou L.3 du Code des PMI**.

**L'article L.2 prévoit l'indemnisation des infirmités sous le régime de la preuve, celle-ci incombant toujours au demandeur qui doit être en mesure de démontrer que son infirmité résulte d'un fait ou d'une circonstance précise de service.**

**Il est de jurisprudence constante que cette preuve peut être apportée par tous les moyens** : extrait du registre des constatations de l'unité, inscriptions portées au livret médical, certificats médicaux, billets d'hôpitaux, rapport du chef de corps ou de service, fiche d'évacuation sanitaire, rapports de police ou de gendarmerie etc.

À défaut, elle peut être également apportée au travers de témoignages, notamment ceux émanant de supérieurs, de camarades, de médecins, d'infirmiers etc., sous la forme d'attestations écrites et, le cas échéant, **par la présomption du juge, laquelle** ne doit pas être confondue avec **la présomption légale d'imputabilité** prévue à l'article L3 du Code (voir infra).

Le dispositif très complet de constatation des blessures et des maladies a été récemment précisé par l'instruction n°162/DEF/EMA/ORH/OR du 9 mars 2009 (*Bulletin Officiel des Armées n° 14 du 6 mai 2009*) qui tient notamment compte de la situation particulière des militaires en mission opérationnelle et l'intéressé peut lui-même demander qu'il soit dressé et remis un rapport circonstancié sur l'origine de sa blessure ou de sa maladie, dans le cas où ce rapport n'a pas été spontanément établi.

Conformément aux dispositions de l'article 97 - 1<sup>re</sup> de la loi n° 2005-270 du 24 mars 2005 : « *les infirmités résultant de blessures éprouvées entre le début et la fin d'une mission opérationnelle, y compris les opérations d'expertise ou d'essai, ou d'entraînement ou en escale, sauf faute détachable du service (..)* », sont imputables au service sous le régime de la preuve (4<sup>e</sup> de l'article L. 2), à compter du 27 mars 2007, date d'entrée en vigueur de la loi précitée. La nature des opérations et missions découle du décret n° 2007-319 du 08 mars 2007 consultable sur le site [legifrance.gouv.fr](http://legifrance.gouv.fr)

Chaque fois que l'imputabilité au service d'une infirmité sous le régime de la preuve n'est pas admise, l'administration a l'obligation de rechercher si le demandeur est en position de bénéficiaire de la présomption légale d'imputabilité.

**L'article L.3 s'attache au régime de la présomption légale d'imputabilité, lequel dispense, sous certaines conditions, le candidat à pension d'avoir à apporter la preuve que l'infirmité qu'il invoque résulte d'un fait précis de service. Cet article du Code est applicable aux militaires participant aux OPEX.**

**S'il s'agit d'une blessure**, elle doit avoir été constatée avant le renvoi du militaire dans ses foyers. **S'il s'agit d'une maladie** elle doit avoir été constatée avant le 90<sup>e</sup> jour de service effectif sur l'État ou le territoire où se déroule l'OPEX et, après le 60<sup>e</sup> jour suivant le retour du militaire dans ses foyers. De plus, il est nécessaire que soit établie la filiation entre la blessure ou la maladie ayant fait l'objet de la constatation et l'infirmité évoquée.

**En droit, elle est considérée comme « irréfragable »**, c'est à dire que l'on ne peut pas (ou difficilement) la contredire ou la détruire. Pour autant, elle ne dispense pas le candidat à pension d'avoir à produire un constat officiel (état signalétique et des services, inscriptions au livret médical, extrait du registre des constatations de l'unité etc.) concernant **la date d'apparition de son infirmité**, afin de permettre à l'administration de pouvoir déterminer si celle-ci est bien apparue au cours d'une période où cette mesure de faveur légale était susceptible de s'appliquer.

**En outre, conformément à l'article L.4123-2 du Code de la défense, les militaires ayant participé à une Opération Extérieure peuvent, sur leur demande (4), bénéficier dès leur retour d'un dépistage médical portant sur les risques sanitaires spécifiques auxquels ils sont susceptibles d'avoir été exposés ainsi que d'un entretien psychologique.** Ce dépistage et cet entretien psychologique doivent être effectués avant le 60<sup>e</sup> jour suivant leur retour d'opération, afin de permettre éventuellement au militaire de pouvoir bénéficier des dispositions de l'article L.3 précédemment cité, en cas notamment de constatations d'anomalies ou de troubles psychologiques avérés à la suite de l'opération à laquelle il a participé.

### **B – Evaluation des pourcentages d'invalidité résultant des troubles psychiques de la guerre (décret du 10 janvier 1992)**

À la suite de nombreuses sollicitations du Parlement et d'associations d'anciens combattants, le secrétaire d'État aux anciens combattants et victimes de guerre du Gouvernement de Madame *Edith Cresson* (1991, 1992), Monsieur *Louis Mexandeau*, a mis en place une commission médicale chargée d'étudier la réalité de cette pathologie. Les travaux de cette commission ont conduit à l'édiction du décret le 10 janvier 1992 **qui outre l'actualisation de la réglementation relative à la description des troubles psychiques dans leur ensemble, fixe les modalités d'évaluation des taux d'invalidité.**

---

(4) Un droit statutaire insuffisamment connu des militaires qui, d'une manière générale, en négligent l'application à leur profit.

**Malgré son titre, qui vise les troubles psychiques de guerre, ce texte concerne l'ensemble de la psychiatrie et l'indemnisation de tous les troubles pathologiques de l'espèce éventuellement éprouvés par le militaire en temps de paix comme à l'occasion d'une opération extérieure (troubles psychologiques éprouvés à la suite d'une blessure, d'une mutilation ou une d'une maladie, d'une agression, de brutalités ou de brimades, etc.)**

**Très complet, bien articulé et précis**, ce décret, directement consultable sur le site [legifrance.gouv.fr](http://legifrance.gouv.fr), fixe également les modalités des expertises à mettre en œuvre en cas de demandes de pension et distingue six niveaux de troubles en les évaluant comme suit :

- Absence de troubles décelables : 0 p. 100 ;
- Troubles légers : 20 p. 100 ;
- Troubles modérés : 40 p. 100 ;
- Troubles intenses : 60 p. 100 ;
- Troubles très intenses : 80 p. 100 ;
- Destruction psychique totale avec perte de toute capacité existentielle propre, nécessitant une assistance de la société : 100 p. 100.

Comme le décret le précise, ces pourcentages d'invalidité correspondent à des situations assez typiques et moyennes reflétant une démarche clinique globalisante, qui n'ont toutefois qu'une simple valeur indicative.

D'autre part, l'évaluation des pourcentages d'invalidité ne se fait pas de 5 en 5 comme le prévoit le Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre pour les autres infirmités, **mais de 20 en 20, liberté étant donnée aux instances compétentes de l'administration de la Défense comme aux juridictions des pensions de retenir le cas échéant un taux intermédiaire** (CE : arrêt n° 314207 du 05.05.2010), **voire un taux supérieur aux indications du barème** (CE : arrêt n° 245382 du 05.11.2003).

Aux termes du décret, les médecins experts de l'administration doivent conduire leurs expertises **selon des modalités précises, notamment en procédant à plusieurs entretiens (trois en moyenne)** avec le postulant à pension, afin de leur permettre d'établir des conclusions pertinentes portant notamment sur l'importance des troubles objectivés et de leur filiation éventuelle avec un fait traumatique de guerre.

**Concernant la reconnaissance de l'imputabilité au service, le décret du 10 janvier 1992 prévoit que l'expertise médicale peut parfois accéder au rang d'élément décisif de la preuve, ce qui semble parfaitement logique en raison de l'apparition souvent retardée de la symptomatologie, laquelle : « ne permet pas toujours son rattachement direct à l'événement traumatisant et limite ainsi les possibilités d'établissement de la matérialité des faits, compte tenu de l'absence fréquente d'une constatation contemporaine du fait générateur »,** comme l'indique en ces termes la circulaire n°616 B/SEDAC du 06 mars 1992 (5).

---

(5) Bien qu'ultérieurement annulée par la circulaire n° 075/SEDAC du 18 juillet 2000, cette circulaire conserve sur ce point, et bien d'autres, toute sa pertinence.

### III - Difficultés d'application du décret du 10 janvier 1992 concernant la preuve par expertise

**Le Conseil d'État a jugé que le décret du 10 janvier 1992 n'avait pas eu pour effet de modifier les règles d'imputabilité au service édictées aux articles L.2 et L.3 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre (CE : arrêt n° 245976 du 11 juin 2003).**

**Il en résulte que l'expertise médicale, aussi probante soit-elle, n'est prise en compte que comme un simple élément de la preuve, ce qui, en pratique, ne permet pas la reconnaissance de l'imputabilité au service des troubles psychiques de guerre sur cette base unique et entraîne donc, dans ce cas, un rejet quasi systématique des demandes de pension.**

Sur cette question, on observe d'ailleurs que si le Secrétaire d'État aux Anciens Combattants rappelle régulièrement à ses interlocuteurs, **notamment parlementaires** (*Réponse à une question parlementaire du 08.07.2008, n° 20148*), que l'expertise médicale peut accéder au rang décisif de la preuve pour l'indemnisation des troubles psychiques de guerre, **dans le même temps, on remarque que les services compétents du ministère de la Défense font appel de la plupart des décisions de justice rendus en faveur des demandeurs** (6), souvent même jusqu'en cassation, **alors que tous les éléments objectifs de preuve sont parfois incontestablement rassemblés**, comme en témoigne l'arrêt n° 246257 du 30 août 2006 consultable sur le site [legifrance.gouv.fr](http://legifrance.gouv.fr).

Aux termes de cet arrêt, la Haute juridiction administrative, à la suite d'un pourvoi introduit par le ministère de la Défense contre un arrêt d'une Cour régionale des pensions, a en effet fort justement reconnu un droit à pension de 50% à un militaire ayant été confronté **à des situations clairement établies de danger immédiat dans des conditions reconnues comme psychologiquement éprouvantes au cours d'une opération extérieure en Bosnie-Herzégovine (FORPRONU), dont le dossier médical faisait clairement apparaître qu'il avait été pris en charge par des médecins psychiatres dans les jours ayant suivi la fin de sa mission et par la suite régulièrement suivi en psychiatrie** (*attendus de la décision*). Au regard de ces éléments, il est évident que le pourvoi en cassation du ministère de la Défense était manifestement, voire hautement abusif.

### Conclusion

**De notre point de vue**, ces constatations devraient conduire le ministre de la Défense à **faire strictement encadrer et contrôler les décisions de ses services chargés de l'examen des demandes de pension pour troubles psychiques de guerre et ceux en charge du contentieux qui s'y rattache**, afin de donner à tous les combattants, notamment ceux participant aujourd'hui aux OPEX de vraies garanties sur leurs droits éventuels à réparation.

---

(6) Dans ces affaires, comme d'ailleurs dans beaucoup autres

**Toujours de notre point de vue, reste également au Parlement qui s'est toujours montré attentif à cette question, s'il le juge éventuellement utile, de réfléchir à la mise en place d'une Mission d'Information Parlementaire (MIP) sur l'examen des demandes de pension introduites par les militaires en cas de troubles psychiques de guerre et, d'une manière générale, sur l'indemnisation de toutes les infirmités éprouvées par les intéressés par le fait ou à l'occasion de leurs services au sein des armées.**

Le cas échéant, il pourrait ainsi proposer au Gouvernement, **en toute connaissance des choses**, la mise en place de mesures nouvelles propres à apporter une réponse aux réelles difficultés rencontrées par les militaires, notamment les anciens combattants des OPEX, dans l'exercice de leurs droits à réparation, **en recommandant notamment un encadrement très strict des décisions de l'administration et des appels systématiquement formés par elle à l'encontre des jugements et des arrêts rendus par les juridictions des pensions, afin que ceux-ci ne soient formés qu'à bon escient.**

Enfin, comme la plupart des spécialistes du droit du dommage corporel l'indiquent (7), une juste indemnisation des victimes a **un caractère « satisfaisant » de reconnaissance**, en l'occurrence celui « **du sang versé** », et **l'attribution d'une pension, aussi modeste soit-elle (8) permet généralement à la victime de mieux se libérer de son handicap, en ayant au moins la satisfaction d'avoir été reconnu comme « victime ».**

Les militaires français qui participent aux Opérations Extérieures assument avec courage **et une compétence internationalement reconnue les missions extrêmement dangereuses et très exposées (9)** qui leur sont confiées au nom de la République pour la défense du droit international, **parfois jusqu'au sacrifice de leur vie, et tout doit être fait pour veiller au strict respect de leurs droits à réparation et de leur saine application.**

18.11 2010

Daniel Lavergne

---

(7) *Yvonne Lambert-Faivre*, droit du dommage corporel, Dalloz Ed. 2004, notamment.

(8) 274,40 € par mois pour un soldat ayant un taux d'invalidité de 50% !

(9) **Et souvent en première ligne**, comme cela semble actuellement le cas en Afghanistan.

## **Note de la direction de la C.N.R.M**

Ancien chef du Bureau des pensions militaires en Polynésie-Française, Daniel LAVERGNE est membre et consultant de plusieurs associations de retraités militaires et d'anciens combattants, dont la C.N.R.M, spécialement, sur les questions relatives aux droits à réparation des militaires.

En 2004, il a été le mandataire de la Fédération Nationale des Anciens des Missions Extérieures (1) pour obtenir directement du Conseil d'État le bénéfice de la campagne double aux militaires ayant participé à la guerre du Golfe.

En tant que conseiller de l'association précitée, il est d'autre part à l'origine et le rédacteur de plusieurs suggestions d'amendements au bénéfice des participants aux OPEX accueillis favorablement (2) par les parlementaires dans le cadre de la discussion sur le nouveau statut des militaires (allongement du délai de constatation des infirmités : 60 jours au lieu de 30 précédemment ; droit statutaire à la mise en œuvre d'un bilan médical au retour des opérations ; bénéfice du titre et du statut de « Grand Mutilé de guerre » pour les blessés les plus graves, notamment).

Il a enfin exercé durant plusieurs années les fonctions de juge pensionné au sein d'un Tribunal des pensions militaires et, à titre personnel, dans l'un des premiers dossiers soulevant le principe d'égalité avec les règles applicables aux fonctionnaires, longuement œuvré en collaboration avec un avocat aux Conseils pour aboutir en 2009 au renversement de la jurisprudence du Conseil d'État permettant désormais l'indemnisation des infirmités résultant des efforts physiques.

Il est actuellement considéré par les associations de retraités militaires et d'anciens combattants, ainsi que par de nombreux avocats comme l'un des meilleurs spécialistes des droits à réparation des militaires.

(1) [www.fname.asso.fr](http://www.fname.asso.fr)

(2) Avec « enthousiasme » (sic) pour l'une d'entre-elles (voir discussions parlementaires de la loi).

## **Indemnisation des troubles psychiques de guerre**

Daniel LAVERGNE, spécialiste reconnu des droits à réparation des militaires et consultant occasionnel de notre Confédération, vient de nous faire parvenir une très intéressante et très complète étude sur l'indemnisation des troubles psychiques de guerre. Compte tenu de la longueur du texte, notre Confédération n'est pas en mesure de publier cette étude dans « Solidarité Militaire », mais celle-ci, dans son intégralité, peut être consultée, en accès libre, sur le site de notre association (1). Par ailleurs, l'auteur, en accord avec notre Confédération, autorise la reprise et la publication de cette étude par d'autres associations, à la condition toutefois que le texte soit publié dans son intégralité (sur papier ou sur site) et la source « C.N.R.M » citée.

(1) [http ;//www.cnrn.fr](http://www.cnrn.fr)