

TRIBUNAL DES PENSIONS MILITAIRES
DU RESSORT DE LA COUR D'APPEL DE ROUEN

JUGEMENT DU 22 Mars 2016

DOSSIER N° : 11/00007

AFFAIRE :

Monsieur Patrick, Jacques C. [REDACTED]

ENTRE :

Monsieur Patrick, Jacques C. [REDACTED]
né le 22 Février 1965 à MARMAMDE, demeurant [REDACTED]
représenté par Maître François JEGU de la SCP
JULIA-JEGU-BOURDON, avocats au barreau de ROUEN, avocats
plaidant, vestiaire : 40

D'une part,

ET :

Le Ministère de la Défense

Représenté par Madame Nicole PRIOUL, Commissaire du Gouvernement près
le Tribunal des Pensions Militaires du ressort de la Cour d'Appel de ROUEN,

D'autre part,

COMPOSITION DU TRIBUNAL

Lors des débats : A l'audience publique du 26 Janvier 2016

Monsieur CATHERINE Vice-Président

Monsieur le Docteur Jacques MOUSSU, Membre Médecin,

Monsieur Jacques DELAMARE, Membre Pensionné,

En présence de Madame Nicole PRIOUL, Commissaire du Gouvernement,

Assistés de Madame Nathalie VALETTE, Greffier,

Lors du délibéré :

Monsieur Denis CATHERINE, Vice-Président

Monsieur le Docteur Jacques MOUSSU, Membre Médecin,

Monsieur Jacques DELAMARE Membre Pensionné,

JUGEMENT : contradictoire et en premier ressort

Prononcé publiquement à l'audience du 22 Mars 2016

Signé par Monsieur CATHERINE Vice Président et Madame Nathalie
VALETTE, Greffier

Expédition

Délivrée

Le : 25.3.16.

A : M. C. [REDACTED]

LRAR

de JCGU +

Service de

plaidoirie

Ministère de

la Défense +

Service de l'Etat

FAITS ET PROCÉDURE

Monsieur Patrick [REDACTED], né le 22 février 1965, s'est engagé dans l'armée de l'air le 10 avril 1985. Admis dans le corps des sous-officiers de carrière le 1^{er} novembre 1966, il a été radié des cadres de l'armée active le 1^{er} novembre 2011 au grade d'adjudant-chef.

Il est titulaire d'une pension militaire d'invalidité concédée par arrêté du 17 octobre 1995 au taux de 10 % pour l'infirmité "séquelles douloureuses de fracture de l'acromio-claviculaire droit avec subluxation sterno-claviculaire".

Par lettre enregistrée le 11 mai 2009, Monsieur [REDACTED] a sollicité la révision de sa pension pour prise en compte d'une lésion cervicale.

Cette demande a été rejetée par décision ministérielle n°34897/DEF/SGA/DRH-MD/SA2P/P/P2/219G du 3 novembre 2010 au motif que l'infirmité "tableau de myélite transverse : manifestations sensitivo-motrices fluctuantes, troubles proprioceptifs du membre inférieur droit et discrète spasticité résiduelle des membres inférieurs" n'est pas imputable au service par défaut de preuve et de présomption (articles L.2 et L.3 du Code pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre).

Par requête enregistrée au greffe du tribunal le 3 mai 2011, Monsieur Patrick [REDACTED] a formé un recours contre cette décision et l'affaire a été appelée à l'audience du 10 juin 2014.

Par jugement rendu avant dire droit le 23 septembre 2014, auquel il est expressément référé quant à l'exposé complet des faits, de la procédure et de l'argumentation initiale des parties, le tribunal a notamment ordonné une mesure d'expertise médicale et commis en qualité d'expert pour y procéder Monsieur le Docteur Antoine L. [REDACTED], expert neurologue près la Cour d'Appel de Rouen, avec pour mission après avoir entendu les parties, s'être fait communiquer tous les documents nécessaires et, le cas échéant, s'être adjoint un immunologue de son choix en qualité de sapiteur :

- 1° - d'examiner Monsieur Patrick [REDACTED], de décrire son état,
- 2° - de rechercher et dire la nature de la ou des pathologies constatées chez Monsieur [REDACTED] dès le 22 février 2006 puis le 12 mars 2007, avec aggravation en 2010,
- 3° - d'en rechercher et indiquer, au regard des connaissances médicales actuelles, la cause ou l'origine en distinguant, éventuellement, les dites pathologies,
- 4° - plus précisément de dire si l'infirmité invoquée présente un lien directe et certain avec les vaccinations reçues par Monsieur [REDACTED] avant son départ, dans le cadre du service, pour le Mali.
- 5° - de fixer le taux de cette infirmité.

Par ordonnance en date du 13 février 2015, le délai imparti à l'expert a été prorogé.

Le docteur L. [REDACTED] a déposé son rapport daté du 20 mai 2015 et l'affaire a été appelée à l'audience du 22 septembre 2015 où elle a été renvoyée à celle du 24 novembre 2015. Après un nouveau renvoi, elle a été retenue et plaidée à l'audience du 26 janvier 2016.

A cette date, Monsieur [REDACTED] a demandé au tribunal des pensions militaires :

- de déclarer son recours à l'encontre de la décision de rejet du 03 novembre 2011 recevable et bien fondé ;
- de réformer la décision ministérielle en date du 3 novembre 2010 ;
- de reconnaître un lien de causalité entre l'injection par MENCEVAX dans le cadre du service en date du 25 octobre 2005 et la sclérose en plaques soufferte par lui dont les premiers symptômes sont apparus en février 2006 ;
- par conséquent, de déclarer la pathologie de sclérose en plaques soufferte par lui imputable au service ;
- de fixer un taux d'invalidité pour cette infirmité imputable au service qui ne saurait être inférieure à 35 % ;
- de condamner le Ministère de la Défense aux entiers dépens de l'instance outre la somme de 1.000 euros au titre de l'article 700 du Code de procédure civile.

En ce sens, il a rappelé que, le 22 février 2006, il a présenté un tableau de tétraparésie qui a conduit au diagnostic d'une myélite transverse, prise en charge en neurologie au Centre Hospitalier d'Arcachon ; que cette symptomatologie était survenue deux mois après un séjour au Mali, dans le cadre d'une opération extérieure pour laquelle il avait reçu, avant son départ, des vaccinations, dont le Mencevax ; qu'après examen le 12 mars 2007, à l'hôpital d'instruction des Armées Robert Picque, une hypothèse immunologique médiée par le vaccin Mencevax a été évoquée ; qu'une année après le début des troubles, il a présenté une réapparition du signe de Lhermitte dans un contexte de sport intense et que l'IRM pratiquée alors a montré un hypersignal nouveau ; que le diagnostic de sclérose en plaque avait été établi en 2010 avec l'aggravation de son état.

Contestant les conclusions de l'expertise excluant un lien direct et certain entre la sclérose en plaques dont il souffre et les vaccinations dont il a fait l'objet avant son départ pour le Mali, il a fait valoir qu'en droit et en l'absence de consensus scientifique sur l'innocuité du vaccin, les hautes juridictions judiciaires et administratives ont établi un lien de causalité juridique en présence de présomptions graves précises et concordantes ; qu'ainsi, trois critères permettant de retenir de telles présomptions avaient été dégagés :

- le délai entre l'injection du vaccin et l'apparition des symptômes doit être bref
- il doit être constaté l'absence d'antécédent et l'état de bonne santé de la personne vaccinée
- plus précisément, il doit être constaté l'absence d'antécédent à la pathologie incriminée.

Il a fait valoir que l'étude de son dossier permet l'identification de ces trois critères cumulatifs exigés par la jurisprudence alors que l'expert n'avait fondé son raisonnement que sur des données statistiques de la littérature médicale ; que, notamment, il n'avait pas recherché d'information pertinente au sein de son histoire clinique et n'avait opéré que des constats sans aucune déduction médicale.

Il a fait observer que l'ensemble des études réalisées porte le plus généralement sur la vaccination anti hépatique B lors que le vaccin en cause en ce qui le concerne est un vaccin méningococcique très rarement inoculé dans les pays occidentaux ; qu'ainsi, la littérature et les études statistiques utilisées par l'expert immunologue ne permettent pas d'établir des données statistiques claires et précises.

S'agissant de la réunion des critères retenus par la jurisprudence, il a rappelé que le tableau clinique très inquiétant était apparu le 22 avril 2006, soit quatre mois après la vaccination ; qu'avant la vaccination incriminée, il était dans un état général de bonne santé et qu'enfin il n'existe pas d'antécédent de sclérose en plaques avant cette vaccination.

Il a soutenu que, dès lors, le lien de causalité entre la vaccination pratiquée dans le cadre du service en octobre 2005 (avant une opération extérieure) et la sclérose en plaques dont il souffre doit être reconnu.

S'agissant du taux d'invalidité fixé par l'expert, Monsieur [REDACTED] a considéré que ce taux de 20 % ne prend absolument pas en considération les conséquences professionnelles de l'invalidité. Il a fait valoir qu'en effet, c'était en raison de la pathologie de sclérose en plaques qu'il avait connu une retraite anticipée et que, depuis, il exerce la profession d'agent de sécurité à mi-temps.

Le Commissaire du gouvernement a conclu au rejet des demandes formées par Monsieur [REDACTED] et à la confirmation de la décision de rejet entreprise.

Se prévalant de l'expertise médicale judiciaire, il a fait valoir que celle-ci confirme la position de l'administration excluant l'existence d'un lien direct et certain entre la vaccination et l'infirmité actuelle présentée par Monsieur [REDACTED]

A cet égard, il a relevé que l'expert judiciaire a été très clair et que l'infirmité dont s'agit est exclusivement due à une sclérose en plaque dont l'origine et la cause sont inconnues mais qui n'ont aucun lien avec la vaccination et le service.

Il a soutenu que c'est donc à juste titre que l'administration estime que la dite infirmité ne peut donner droit à une pension car elle n'est pas imputable au service, par défaut de preuve et de présomption.

MOTIFS DE LA DÉCISION

Aux termes de l'article L.2 du Code des pensions militaires :

"Ouvrent droit à pension :

1° les infirmités résultant de blessures reçues par suite d'événements de guerre ou d'accidents éprouvés par le fait ou à l'occasion du service ;

2° Les infirmités résultant de maladies contractées par le fait ou à l'occasion du service d'infirmités étrangères au service".

L'article 3 du même Code dispose notamment que :

"Lorsqu'il n'est pas possible d'administrer ni la preuve que l'infirmité ou l'aggravation résulte d'une des causes prévues à l'article L.2, ni la preuve contraire, la présomption d'imputabilité au service bénéficie à l'intéressé à condition :

1° s'il s'agit de blessure, qu'elle ait été constatée avant le renvoi du militaire dans ses foyers ;

2° s'il s'agit de maladie, qu'elle ait été constatée avant le renvoi du militaire dans ses foyers ;

3° en tout état de cause, qu'elle n'ait été constatée qu'après le quatre-vingt-dixième jour de service effectif et avant le trentième jour suivant le retour du militaire dans ses foyers.

En cas d'interruption de service d'une durée supérieure à quatre-vingt-dix jours, la présomption ne joue qu'après le quatre-vingt-dixième jour suivant la reprise du service actif.

La présomption définie au présent article s'applique exclusivement aux constatations faites soit pendant le service accompli au cours de la guerre 1939-1945, soit au cours d'une expédition déclarée campagne de guerre, soit pendant le service accompli par des militaires pendant la durée légale, compte-tenu des délais prévus aux précédents alinéas...

Dans son rapport, le docteur Antoine L. [REDACTED] relate les opérations qu'il a réalisé, les documents médicaux dont il a pu prendre connaissance et la littérature médicale dont il s'est servi.

Après examen de Monsieur [REDACTED], l'expert écrit qu'il s'agit d'un homme de 49 ans, 86 kg, 1m83, d'aspect athlétique, calme et coopérant ; que la marche est normale et qu'il peut courir. Il relève un peu de raideur rachidienne lombaire, la distance main-sol étant de 30 cm, et cervicale ; que la rotation et la flexion extension du cou sont prudentes avec un peu de limitation douloureuse droite et gauche ; que le rachis cervical est sensible à la pression ; que les réflexes ostéotendineux sont présents symétriques, à peine un peu vifs aux membres inférieurs, sans signe de Babinski ; que la force musculaire et le tonus sont normales, sans amyotrophie ; que la manipulation des mains est bonne malgré un peu de raideur articulaire au niveau des doigts des mains ; que les sensibilités objectives paraissent normales et qu'on discute une hypoesthésie en ceinture avec des réflexes abdominaux absents et une discrète hypoesthésie distale épicrotique ; que la reconnaissance fine des objets est possible ; que l'équilibre est bon, à peine instable à la fermeture des yeux ; qu'il n'existe pas de syndrome cérébelleux, ni statique ni cinétique ; que la vue et le champ visuel paraissent normaux ainsi que l'oculomotricité ; que l'audition est bonne, sans syndrome vestibulaire significatif ; qu'il n'y a pas de nystagmus, pas de Romberg latéralisé et pas de déviation de la marche aveugle cependant un peu instable ; que les fonctions supérieures sont normales ; que l'examen cardio-vasculaire et somatique est sans particularité.

Il note l'absence d'intoxication chronique ni alcoolique, ni tabagique, ni cannabique ainsi que l'absence d'antécédent familial connu.

Après consultation du livret médical de l'intéressé, il relève, outre de nombreuses consultations pour des traumatismes bénins, suites de combat ou de sauts en parachute, les principaux éléments médicaux ayant donné lieu à inscription à ce livret dont un accident de parachute survenu le 8 avril 1998 avec "coup du lapin", un autre accident de parachute le 18 octobre 2001. Il décrit plus particulièrement les notations relatives aux consultations et examens faisant suite à l'apparition d'un pincement dorsal le 21 février 2006 et de paresthésie des deux membres inférieurs le 22 février 2006.

Il évoque le rapport circonstancié établi le 9 mars 2006 par le LTT Cardamone :

" Le 21 février 2006, lors du chargement d'un véhicule pour un exercice de plastron au profit de la DFSS, l'adjudant [REDACTED] a ressenti une légère douleur dans le dos au niveau des omoplates en portant une charge lourde. Il n'y a pas prêté attention et c'est au fil des jours suivants qu'il a senti des fourmillements et des engourdissements de plus en plus importants au niveau des membres supérieurs et inférieurs ainsi qu'au niveau de la poitrine et des reins. Il est allé consulter le 28 février au service médical de la base aérienne 120 de Cazaux."

L'expert mentionne la conclusion d'un compte-rendu d'IRM du rachis et de la moelle épinière pratiquée à Bordeaux le 1^{er} mars 2006 : "présence d'une lésion focale de la moelle épinière à l'étage cervical d'aspect non spécifique pouvant correspondre à une zone de myélite, à une lésion démyélinisante. On ne peut écarter un processus expansif bien que l'aspect soit peu évocateur compte-tenu de l'absence de cavité kystique associée. Intérêt d'un avis neurologique".

Il rappelle que l'intéressé a été hospitalisé au centre hospitalier d'Arcachon, en service de neurologie du docteur G■■■■■, du 02 au 07 mars 2006 pour bilan puis, suite à un malaise sans perte de connaissance survenu le 03 avril 2006, de ce jour là jusqu'au 07 avril 2006.

Il indique que lors de la consultation de contrôle du 28 avril 2006, le docteur G■■■■■ a constaté une nette amélioration, l'évolution devant être complètement régressive, et a considéré qu'il n'y avait pas d'obstacle à la reprise du travail, celle-ci ayant été autorisée le 2 mai 2006 avec cependant une inaptitude OPEXI.

Il observe que le 12 mars 2007 le médecin en chef A. R■■■■■, du HIA Robert Picque à Bordeaux, répond ainsi à une question posée par le médecin de la BA de Cazaux :

"Myélite transverse en février 2006 ; 4 mois auparavant, vaccination anti-méningococcique. L'épisode inflammatoire neurologique n'a reconnu aucune étiologie infectieuse et le neurologue (Dr G■■■■■) retient un mécanisme immunologique. Actuellement, restitution ad integrum. A classer G=2. Apte TAP, fusiller commando, OPEX ; mais dans l'hypothèse d'un mécanisme immunologique médié par le vaccin antiméningo (quelqu'il soit AC ou ACWY) contre-indication à une nouvelle vaccination (donc à étudier au cas par cas toute destination OPEX)."

Le docteur L■■■■■ note qu'à ce stade, le diagnostic était : myélite transverse, sans argument pour un diagnostic de sclérose en plaques, le diagnostic de cette maladie ayant été posé en septembre 2010 après l'apparition en IRM de trois nouvelles lésions dont une périventriculaire se rehaussant après injection de contraste, le traitement spécifique ayant débuté en novembre 2010.

Au regard des éléments en sa possession, le docteur L■■■■■ résume ainsi sa réponse à la question relative à la cause ou l'origine des pathologies constatées :

1. La cause ou l'origine de la myélite aiguë transverse :

- en 2006 : elle est indéterminée.

- en 2010 : on peut affirmer "a posteriori" qu'il s'agissait du mode de début d'une sclérose en plaques.

2. La cause ou l'origine de la sclérose en plaque : elle reste actuellement inconnue.

S'agissant de l'existence d'un lien direct et certain entre l'infirmité invoquée et les vaccinations reçues par Monsieur ■■■■■ avant son départ pour le Mali, l'expert décrit cette infirmité : *"Paraparésie discrète, autonomie complète, avec manifestations sensitivo-motrices fluctuantes, discrets troubles proprioceptifs et discrète spasticité résiduelle des membres inférieurs, infirmité en rapport avec une sclérose en plaque"*.

Il indique que, le 18 octobre 2005, avant son départ en opération extérieure, Monsieur ■■■■■ a été vacciné contre le méningocoque (MENCEVAX) sans que soit signalé, dans les suites immédiates de cette vaccination, d'épisode de fièvre, d'altération de l'état général ni de quelque réaction particulière.

Il note que l'intéressé avait déjà été vacciné à plusieurs reprises contre le méningocoque sans problème et qu'il a eu d'autres vaccinations dont il cite les dates et les vaccins.

Il considère qu'à son avis il n'existe pas de lien direct et certain entre l'infirmité invoquée, dont il évalue le taux d'invalidité à 20 %, et les vaccinations reçues par Monsieur ■■■■■ Il ajoute qu'il a cependant demandé un avis complémentaire à un spécialiste immunologue.

Monsieur le Professeur Philippe S■■■■■, biologiste au service de biochimie et biologie moléculaire de l'hôpital Ambroise Paré de Boulogne-Billancourt, expert près la cour d'appel de Versailles a été désigné comme

sapiteur le 13 février 2015. Il a proposé une contribution qui a été incluse au rapport d'expertise.

Dans celle-ci, ce sapiteur expose en premier lieu la physiopathologie de la sclérose en plaque. Puis, s'agissant du lien potentiel entre la vaccination contre les méningocoques et l'apparition de la maladie neurologique, il explique que les éléments de la discussion se partagent en arguments d'ordre général concernant les études qui ont été faites en pharmacovigilance pour tenter de démontrer un lien de cause à effet et les éléments propres à l'histoire clinique de Monsieur [REDACTED].

Il note que, si aucune étude spécifique d'envergure n'a été entreprise dans le cas de la vaccination contre le méningocoque, l'incidence escomptée des maladies démyélinisantes, pour la seule sclérose en plaques, est de 1 à 3 pour 100.000 personnes chez les adultes. Il précise que, même si le vaccin n'a aucun effet sur la survenue d'une sclérose en plaques, pour 1.000.000 de vaccinés en un an, on aura par simple hasard 30 nouveaux cas de sclérose en plaques dans l'année qui suit, dont 10 vont survenir dans la période de 3-4 mois. A cet égard, il cite une étude réalisée au Danemark démontrant que sur une population de 1.000.000 de personnes, de par l'incidence naturelle de la maladie, 5 cas de sclérose en plaques vont nécessairement de déclarer dans les 42 jours suivant une vaccination, même en l'absence de tout lien.

Sur les études de pharmacovigilance, il indique qu'à ce jour il n'existe pas d'augmentation du nombre de cas de sclérose en plaques dans la population des vaccinés contre le méningocoque justifiant une étude complémentaire. Il cite à cet égard une étude publiée en 2005 ne rapportant aucun cas de sclérose en plaques dans une population de 260 630 vaccinés tout en précisant que les tranches d'âge des vaccinés est vraisemblablement majoritairement composés de sujets plus jeunes que ceux qui développent une sclérose en plaques.

En ce qui concerne les particularités du MENCEVAX, il observe que les données des recommandations n'apportent strictement rien (compte-tenu du fait que la population est trop faible pour voir apparaître un cas par hasard de sclérose en plaque), sinon que cette maladie n'est pas un événement déclaré après vaccination par Mencevax. Il vise en ce sens le rapport d'évaluation du produit réalisé par L'AFSSAPS et publié en 2007.

Il mentionne une seconde approche pour évaluer un effet indésirable : l'évaluation de l'imputabilité, tout en observant qu'elle n'est pas adaptée à un vaccin dont les effets sont de très longue durée après administration. Il décrit néanmoins cette méthode qui distingue une imputabilité intrinsèque (basée sur l'étude du cas clinique) et une imputabilité extrinsèque (basée sur les connaissances bibliographiques).

En ce qui concerne le cas particulier de Monsieur [REDACTED], le sapiteur note que celui-ci n'avait présenté avant la vaccination aucun trouble neurologique et qu'il n'existe donc pas d'argument pour dire qu'il existait une sclérose en plaques chez lui avant. Il relève que le délai de survenue des signes neurologiques est de l'ordre de quatre mois après la vaccination et il considère que le calendrier des faits n'est pas un argument pour exclure un rôle du vaccin.

Il ajoute que dans le cas de l'intéressé, pour l'imputabilité intrinsèque, le délai est compatible, l'évolution non suggestive, la réadministration est non interprétable ; que, sur le plan des critères sémiologiques, la forme de Monsieur [REDACTED] ne constitue pas une particularité à relier au vaccin, seules deux descriptions de cas individuels étant disponibles dans la littérature ; que faute d'étiologie connue pour la maladie, on considère que d'autres causes sont possibles alors qu'il n'existe pas de test spécifique.

Monsieur le Professeur Philippe S [REDACTED] conclut que, sur ces critères, l'imputabilité intrinsèque doit être considérée comme exclue.

Il termine ainsi :

"L'analyse de la littérature ne trouve que deux publications de sclérose en

plaques après un vaccin contre le méningocoques, ce qui est très inférieure à la seule incidence attendue de la maladie en cas de coïncidence fortuite. Une étude spécifique de suivi de pharmacovigilance d'une grande cohorte n'a pas montré d'apparition de maladies neurologique en nombre inquiétant. D'une manière générale, le lien apparaît donc peu vraisemblable.

Dans le cas de Monsieur [REDACTED] l'analyse du cas spécifique et l'application de la méthode d'imputabilité montrent une imputabilité exclue."

En définitive et après cette contribution du sapiteur, le docteur L. [REDACTED] conclut ainsi son rapport :

"Les pathologies constatées :

- . Le 22 février 2006 : le diagnostic est myélite aigüe transverse partielle,
- . Le 12 mars 2007 : il n'y a pas d'événement particulier à cette date, hormis la réponse qui est faite à la question d'une possible responsabilité du vaccin anti-méningococcique sur le développement des troubles neurologiques,
- . En 2010 : un diagnostic de sclérose en plaques est établi.

La cause ou l'origine des pathologies constatées :

1. La cause ou l'origine de la myélite aigüe transverse :

- . En 2006 : elle est indéterminée.
- . En 2010 : on peut affirmer a posteriori qu'il s'agissait du mode de début d'une sclérose en plaques.

L'infirmité invoquée :

- l'infirmité invoquée est : "Paraparésie discrète, autonomie complète, avec manifestations sensitivo-motrices fluctuantes, discrets troubles proprioceptifs et discrète spasticité résiduelle des membres inférieurs, infirmité en rapport avec une sclérose en plaques".

- il n'existe pas de lien direct et certain entre l'infirmité invoquée et les vaccinations reçues par Monsieur [REDACTED] avant son départ, dans le cadre du service, pour le Mali.

Le taux de cette infirmité : est évalué à 20 %."

Contrairement à ce que soutient le Conseil de Monsieur [REDACTED], l'expert judiciaire et le sapiteur, ne se sont pas contentés de fonder leur raisonnement sur les seules données statistiques de la littérature médicale sans rechercher d'information pertinente au sein de l'histoire clinique de l'intéressé.

En effet, dans son rapport complet et suffisamment argumenté, le Docteur L. [REDACTED] décrit précisément l'historique médical de Monsieur [REDACTED] tant avant la vaccination qu'après celle-ci.

S'agissant de la cause ou de l'origine de la pathologie, il examine chacun des grands chapitres étiologiques au regard des éléments de la biographie médicale de l'intéressé et écarte les risques congénital, tumoral, toxique, vasculaire et infectieux, posant in fine la question d'un conflit immunologique et plus précisément vis à vis d'un agent extérieur, acquis, qui aurait une parenté immunologique avec un composant de la myéline, avant de conclure à la non imputabilité.

D'ailleurs, il peut être relevé que le Conseil de l'intéressé tire en partie de ce rapport ses moyens pour considérer que sont réunis les critères retenus par certaines jurisprudences pour établir un lien de causalité juridique en présence de présomptions graves précises et concordantes en s'affranchissant de la nécessité d'une causalité scientifique avérée.

A cet égard, il n'est pas discuté que Monsieur [REDACTED] était sans antécédent, notamment de sclérose en plaques, et en bonne santé générale avant la vaccination. De même, en l'absence d'étiologie infectieuse retrouvée, le délai de quatre mois entre la vaccination et les premiers symptômes de l'affection apparaît bref.

Cependant, les jurisprudences auxquelles il est fait référence concernent toutes des cas de scléroses en plaques apparues postérieurement à une vaccination contre l'hépatite B pour laquelle l'éventualité d'un tel risque était mentionnée au dictionnaire Vidal.

Or, l'expertise judiciaire ne fait nullement apparaître un telle suspicion s'agissant du vaccin contre le méningocoque.

D'autre part, il ne ressort pas des éléments du dossier que le produit injecté à Monsieur [REDACTED] présentait un défaut susceptible d'être à l'origine de désordres immunitaires, aucun autre cas n'étant apparemment rapporté pour la période concomitante à la vaccination de l'intéressé.

Il n'est pas non plus démontré, ni même allégué, un manquement du service médical militaire lors de l'administration du produit.

Enfin, tant l'expert judiciaire que le sapiteur excluent l'imputabilité de la pathologie en cause à la vaccination reçue par l'intéressé avant son départ pour le Mali, ce en tenant compte à la fois de l'analyse du cas spécifique et des méthodes d'évaluation des risques.

Ainsi, au regard des éléments du dossier et de l'expertise, dont les conclusions seront retenues, l'existence d'un lien direct et certain entre la sclérose en plaques dont est atteint Monsieur [REDACTED] et la vaccination contre le méningocoque dont il a fait l'objet n'est pas établi. L'infirmité invoquée n'est donc pas imputable au service par défaut de preuve et de présomption

En conséquence, Monsieur [REDACTED] sera débouté de ses demandes et la décision ministérielle de rejet sera confirmée.

PAR CES MOTIFS

Le Tribunal, statuant publiquement, par jugement contradictoire et en premier ressort,

Déboute Monsieur Patrick [REDACTED] de son recours et de ses demandes.

Confirme la décision ministérielle de rejet n° 34897/DEF/SGA/DRH-MD/SA2P/P/P2/219G du 3 novembre 2010.

LE GREFFIER FORMEL

LE PRESIDENT

