

Mémoire D.U. médecine agréée

**Utilisation du barème indicatif du code des pensions civiles et militaires
(version 2001) dans le cadre des expertises psychiatriques en médecine
agrée ; Présentation, critiques et propositions d'améliorations.**

Plan :

- 1. Intro**
- 2. Historique et présentation du barème**
- 3. Critiques**
- 4. Propositions d'amélioration**
- 5. Conclusion**
- 6. Bibliographie**

Introduction

Dans le cadre de la médecine agréée, l'expertise psychiatrique tient une place centrale lorsqu'il s'agit d'évaluer un trouble mental ou le retentissement psychique d'une pathologie ou d'un trouble. Pour que cette évaluation soit à la fois rigoureuse et comparable d'un dossier à l'autre, un barème indicatif servant à quantifier le taux d'invalidité a été progressivement mis en place et étayé. Toutefois, plus de vingt ans après sa dernière révision, ce référentiel présente de nombreuses limites : il ne reflète plus les progrès des connaissances en psychopathologie, segmente de façon trop arbitraire les degrés d'incapacité, et omet de prendre en compte certains tableaux cliniques récents (burn-out, troubles de stress post-traumatique complexes, etc.).

Ce mémoire a pour objet d'évaluer la pertinence et l'actualité du barème indicatif de 2001 dans le cadre spécifique des expertises psychiatriques menées par les médecins agréés. Après avoir rappelé les origines du barème actuel et son rôle, nous examinerons les principales critiques formulées à son encontre (manque de granularité, inadéquation vis-à-vis des déficits fonctionnels psychiques, absence de prise en compte de l'impact socio-professionnel, etc.). Enfin, nous proposerons des pistes de révision et d'évolution susceptibles de rendre ce barème plus efficace.

Pour mener à bien cette analyse, la structure du présent travail se déploie en trois temps :

1. **Genèse et fondements du barème de 2001** : contexte législatif et enjeux médico-légaux ayant présidé à son élaboration.
2. **Critiques et limites identifiées** : retour sur les insuffisances cliniques et méthodologiques relevées.
3. **Perspectives d'évolution** : propositions pour l'actualisation du barème ou la création d'un nouveau référentiel prenant mieux en compte les réalités psychopathologiques et sociales contemporaines.

Cette démarche vise à offrir aux praticiens agréés un outil d'évaluation plus cohérent, nuancé et conforme aux exigences scientifiques et juridiques actuelles.

I. Historique et présentation du barème

Le barème de référence pour la fixation des différents taux d'invalidité est le barème indicatif, tome II, du code des pensions civiles et militaires (Décret n° 68-756 du 13.08.1968, modifié par le décret n°2001-99 du 31 janvier 2001). Il est parfois également appelé *barème fonction publique*. D'après une seule source de faible fiabilité, le premier barème du genre serait apparu dès 1895¹. Celui-ci subit plusieurs modifications, dont la dernière d'ampleur survient en 1968. La fonction publique décide ensuite de procéder à une importante refonte de son contenu, la dernière édition étant publiée depuis le 31 janvier 2001 par décret (n° 2001-99). Il est inscrit au code des pensions civiles et militaires de retraite, disponible sur le site legifrance.gouv².

Ce barème a pour objectif de définir le taux d'invalidité correspondant au pourcentage d'invalidité résultant de l'exercice des fonctions et non de la part de capacité qui en résulte : « le taux d'invalidité n'est pas représentatif d'une réduction de capacité de travail. Ainsi, quelles que soient les fonctions exercées et les répercussions des séquelles présentées sur l'exercice des fonctions, deux agents présentant les mêmes séquelles, se verront attribuer le même taux d'invalidité³ ». Le calcul de ce taux ne doit pas tenir compte de certains facteurs tels que l'âge du fonctionnaire, la nature de son emploi ou encore de la durée de ses services, ces éléments intervenant dans le calcul de la pension à laquelle peut prétendre l'agent (100% représentant la capacité totale de l'individu).

Ce barème s'applique aux fonctionnaires (CNRACL) ayant une invalidité résultant de l'exercice de leur fonction. Il permet, via le taux d'invalidité, le calcul de leur rente viagère d'invalidité dans le cas d'une mise à la retraite pour invalidité imputable au service, mais également le calcul d'une éventuelle allocation temporaire d'invalidité (ATI) pour ces mêmes fonctionnaires qui travaillent tout en étant atteint d'une invalidité imputable au service (accident de travail, de trajet ou maladie professionnelle). L'évaluation du taux d'incapacité est fondée sur l'intensité du trouble et son retentissement fonctionnel.

En ce qui concerne la psychiatrie, le barème mentionne six catégories de pathologies psychiatriques qui sont les troubles liés à l'utilisation de substances

¹ M. Faisant, F. Papin-Lefebvre, P. Laburthe-Tolra, C. Rougé-Maillart. *Histoire des barèmes médico-légaux en dommage corporel, partie 2 : les barèmes contemporains en France* in : La revue de médecine légale (2013) 4, 147-153.

² <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000511378/>

³ www.cnracl.retraites.fr/employeur:invalidite/barème-indicatif

psycho-actives (alcool, opiacés, cocaïne, stimulants, ...) et autres conduites addictives ; les troubles psychotiques chroniques (schizophréniques et non schizophréniques) ; les troubles de l'humeur ; les troubles névrotiques et les troubles des conduites alimentaires (cf. annexe 1).

II. Critiques

L'utilisation du barème indicatif de 2001 pour la réalisation des expertises psychiatriques dans le cadre de la médecine agréée soulève plusieurs limites majeures. En effet, celles-ci concernent aussi bien la forme du barème que son fondement scientifique, son adaptabilité aux troubles psychiques ou encore sa pertinence au regard des évolutions de la psychiatrie contemporaine. *Grosso modo*, ces critiques peuvent être divisées en deux ensembles : premièrement, les critiques liées à l'ancienneté du barème ou à son inadéquation avec les avancées de la médecine ; deuxièmement, des critiques liées à sa mauvaise prise en compte de la santé mentale.

A. Un barème anachronique échouant

D'une part, on peut pointer le **caractère arbitraire et les limites structurelles de ce barème**. De fait, comme toute classification de ce genre, celle-ci repose sur une forme d'arbitraire inhérente à sa structure. La variabilité inter-examinateur est significative, alimentée par l'imprécision des définitions et la subjectivité dans l'interprétation des termes. En effet, outre la subjectivité induite par les symptômes psychiatriques eux -même, l'absence de formation spécifique, de marqueurs biologiques, d'imagerie caractéristique et d'outils d'harmonisation favorise la divergence des évaluations d'un praticien à un autre. Ce biais subjectif est accentué par le manque d'outils standardisés ou de grilles d'analyse comparables à celles utilisées dans d'autres spécialités médicales. A noter que l'absence de formation spécifique à l'utilisation de ce barème expose également à des « erreurs » d'appréciation et à des pratiques hétérogènes sur l'ensemble du territoire.

De surcroît, symptôme de l'âge du barème, son **inadéquation aux réalités cliniques contemporaines** : le vocabulaire utilisé y apparaît largement obsolète, reposant sur des termes désuets qui ne correspondent plus aux classifications diagnostiques actuelles telles que le DSM-5-TR ou la CIM-11. Ainsi, les termes de « névrose à composante dépressive » ou de « névrose traumatique » ne sont

plus guère d'actualité. Cette déconnexion avec la nosographie moderne nuit à l'objectivité et à la rigueur des rapports d'expertise. De plus, ces référentiels ne sont plus enseignés aux étudiants en médecine, voire plus spécifiquement aux futurs psychiatres, depuis de nombreuses années. Ce point constitue un obstacle à l'appropriation de ces termes par les nouvelles générations de médecins experts. Une mise à jour du barème devrait donc être envisagée pour garantir sa pertinence clinique et sa compatibilité avec les connaissances scientifiques actuelles.

De ce caractère anachronique découle une **absence de prise en compte des pathologies récentes** en psychiatrie ainsi que de l'approfondissement des connaissances sur des pathologies déjà connues. Ainsi en est-il des différents tableaux des syndromes de stress post-traumatique complexes. Nous savons aujourd'hui que les troubles psychiques post-traumatiques ne se résument pas au trouble de stress post-traumatique. Il existe des formes cliniques thymiques, anxieuses et psychotiques et la recherche avance pour essayer de mieux les caractériser. De même, il n'est pas fait mention du « burn-out » ou syndrome d'épuisement professionnel, défini dans la CIM-11 en tant que « syndrome conceptualisé comme résultant d'un stress chronique au travail qui n'a pas été correctement géré ». En ce qui concerne ce dernier, bien que non catégorisé comme une maladie, il peut être à l'origine de longs arrêts de travail, parfois de plusieurs années. Bien que cela puisse questionner, il n'est pas reconnu comme une maladie professionnelle. Il est cependant souvent reconnu comme accident du travail et susceptible de donner lieu à une allocation temporaire d'invalidité. L'absence de reconnaissance de ce tableau clinique au sein du barème est donc bel et bien problématique et limitante pour refléter la réalité clinique.

Enfin, résultant des problèmes précédents, l'**insuffisance des fourchettes proposées** : celles-ci ne sont pas suffisamment larges pour refléter la grande diversité des présentations cliniques. De surcroît, l'absence de critère objectifs pour quantifier le handicap psychique complexifie encore l'attribution d'un taux approprié. Cette imprécision est d'autant plus problématique que certains troubles peuvent présenter un retentissement majeur sur la vie personnelle, sociale et professionnelle, malgré un taux d'invalidité faible.

B. Un modèle peu-propice à la prise en compte de la santé mentale

De prime abord, on constate la **rigidité d'un modèle initialement conçu pour les affections somatiques**, caractérisées par des lésions objectivables. Ce modèle se transpose difficilement aux troubles psychiques, dont la symptomatologie est souvent fluctuante, multifactorielle et marquée par un retentissement fonctionnel très variable selon les individus. Comme le souligne le rapport établi par le Dr Pierre Aballea et Mr Etienne Marie pour l'inspection générale des affaires sociales⁴, ce barème n'est pas spécifiquement conçu pour apprécier avec justesse les troubles psychiatriques. L'un des constats majeurs de ce rapport est que « évaluer l'invalidité n'est pas évaluer l'altération grave et stabilisée de l'état de santé d'une personne, c'est évaluer les effets de cette altération sur sa capacité de travail ». Cette distinction est particulièrement problématique en psychiatrie, où les altérations fonctionnelles sont souvent complexes à quantifier et ne peuvent être déduites d'une simple description clinique.

En conséquence, le barème souffre donc d'un **manque de précision des échelles**. Celles-ci sont souvent trop larges et insuffisamment discriminantes pour permettre une évaluation fine et nuancée des troubles psychiatriques, et ne tiennent pas suffisamment compte de la gravité des pathologies, de leur éventuelle résistance aux traitements, ni de la symptomatologie spécifique de chaque trouble. Cette absence de granularité rend difficile l'attribution d'un taux réellement représentatif du handicap fonctionnel présenté.

De là découle une **sous-évaluation chronique des troubles psychiques**. Les taux proposés pour les troubles psychiatriques les plus fréquemment retrouvés dans le cadre des expertises demandées en médecine agréée restent généralement faibles. Ils sont ainsi de :

- 10 à 30% pour les troubles liés à une névrose à composante dépressive.
- 5 à 30% pour la névrose traumatique.
- 0 à 30% pour les troubles anxieux.

Il apparaît difficile de se rapprocher du taux de 25% (taux nécessaire pour une éventuelle reconnaissance des troubles en tant que maladie professionnelle) en sachant que le taux limite pouvant être attribué est de 30%. Ainsi, pour en revenir à notre précédent exemple du Burn-out, pathologie pourtant bien

⁴ *L'évaluation de l'état d'invalidité en France*, RM2012-059P.

établie d'origine professionnelle, l'agent se verra souvent attribuer un taux inférieur à celui reflétant son invalidité.

De plus, faisant pendant à cette mauvaise détection des affections psychiques, s'ajoute un **déséquilibre des taux accordés entre affections somatiques et psychiatriques**. Celui-ci persiste entre les taux accordés pour les affections psychiatriques et ceux attribués à des pathologies somatiques « identiques » : deux troubles entraînant un handicap équivalent dans la vie quotidienne peuvent donner lieu à des taux très différents selon leur nature. Ainsi, une cécité (d'origine somatique) se verra dotée d'un taux de 85% alors qu'une cécité (d'origine conversive) se verra dotée d'un taux de 0 à 40%. Or, « le droit n'a que faire de l'étiologie des troubles », « en d'autres termes, la victime d'un trouble somatoforme ou d'un trouble de conversion (qui n'est pas un trouble factice ou une simulation) ne doit pas, en droit, être traité différemment d'une victime qui aurait les mêmes préjudices mais provenant d'une atteinte physique⁵ ».

III. Propositions d'amélioration

Au regard des nombreuses limites du barème indicatif du Code des pensions civiles et militaires (version 2001) dans l'évaluation des troubles psychiatriques, plusieurs pistes d'amélioration peuvent être envisagées. Celles-ci visent notamment à mieux prendre en compte la spécificité de la souffrance psychique, à renforcer la formation des experts, et à adapter les outils d'évaluation aux connaissances scientifiques actuelles.

A. Renforcer la formation spécifique des médecins agrés

Une première mesure essentielle consisterait à développer et généraliser des formations continues dédiées aux particularités de l'expertise psychiatrique. Des Diplômes Universitaires centrés sur des domaines comme la psycho-traumatologie, les troubles de l'adaptation ou les troubles de l'humeur pourraient permettre d'uniformiser les pratiques et de réduire la subjectivité des évaluations. Cette spécialisation contribuerait à une meilleure compréhension des mécanismes psychopathologiques et à une évaluation plus juste de l'impact fonctionnel des troubles.

⁵ Christophe Quézel-Ambrunaz, Gazette du palais, mardi 11 octobre 2022-N°32

B. Actualiser et adapter les barèmes existants

Une révision en profondeur du barème actuel est indispensable. Celle-ci pourrait s'appuyer sur l'intégration de référentiels déjà existants, comme ceux utilisés par les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH). Cette actualisation permettrait également d'intégrer des pathologies actuellement mal reconnues, comme le burn-out, dont la nosographie mérite d'être clarifiée et stabilisée.

C. Créer un barème spécifique pour les troubles psychiatriques

Si l'actualisation des barèmes existants s'avérait insuffisante, il apparaîtrait nécessaire d'envisager la création d'un nouveau barème autonome, conçu en concertation avec des experts psychiatres, des représentants d'usagers et des institutions publiques, spécifiquement adapté à l'évaluation des troubles mentaux. Ce barème devrait être plus souple, plus nuancé, et centré sur l'analyse fine du retentissement fonctionnel des pathologies psychiatriques. Une grille d'évaluation adaptée permettrait de mieux refléter la complexité clinique et la diversité des situations rencontrées, en intégrant notamment la chronicité, la résistance aux traitements, l'impact sur la vie sociale et professionnelle, ainsi que les trajectoires évolutives des patients.

D. Standardiser les pratiques d'évaluation

L'élaboration de protocoles d'évaluation standardisés permettrait de limiter les écarts d'interprétation entre les experts. Ceux-ci pourraient inclure des outils d'aide à la décision, des grilles de cotation fonctionnelle ou encore des algorithmes cliniques permettant de structurer l'analyse. Combinée à une formation spécialisée, cette démarche participerait à une harmonisation nationale des pratiques, au bénéfice d'une plus grande équité entre les usagers.

E. Intégrer les avancées scientifiques et les marqueurs objectifs

La recherche est constante et évolutive, d'autant plus dans le champ de la psychiatrie. À plus long terme, l'évolution continue du barème pourrait donc s'appuyer sur l'intégration progressive de données objectivables : marqueurs biologiques, examens d'imagerie cérébrale, ou encore tests neurocognitifs standardisés. Ces éléments, en appui de l'analyse clinique, contribuerait à renforcer la fiabilité de l'évaluation, à condition d'être utilisés avec prudence et dans un cadre éthique rigoureux. Cette évolution permettrait également une mise à jour régulière du barème en fonction des avancées de la recherche en psychiatrie.

F. Favoriser l'évolution du cadre législatif

Enfin, la question de l'adaptation du droit aux réalités cliniques doit être posée. Des démarches de plaidoyer ou de lobbying professionnel pourraient être envisagées, en lien avec les sociétés savantes et les syndicats de médecins, pour faire évoluer les textes encadrant la reconnaissance des pathologies professionnelles d'origine psychique. Le cas du burn-out en est un exemple emblématique, tant sa non-représentation dans les tableaux de maladies professionnelles pose un problème éthique, social et médico-légal.

Conclusion

En synthèse, l'analyse du barème indicatif du Code des pensions civiles et militaires de 2001 révèle un outil aujourd'hui inadéquat pour rendre compte fidèlement du handicap psychique. Initialement conçu pour apporter une homogénéité dans l'évaluation, ce référentiel souffre aujourd'hui de limites, tant méthodologiques que conceptuelles, qui nuisent à la justesse et à la légitimité des expertises psychiatriques dans le cadre de la médecine agréée.

Pour répondre à ces insuffisances, plusieurs pistes de réflexion se dégagent : enrichir la gradation des taux en y intégrant des critères fonctionnels et qualitatifs, actualiser les tableaux cliniques pour y inclure les troubles récents (burn-out, formes complexes de stress post-traumatique), et se poser la question d'instaurer un volet socio-professionnel systématique évaluant la répercussion sur la vie quotidienne et le maintien dans l'emploi. Une démarche collégiale, associant praticiens agréés et juristes, permettrait de bâtir un nouveau barème à la fois scientifiquement robuste et juridiquement opérant.

La modernisation de ce référentiel apparaît donc comme indispensable pour garantir une expertise psychiatrique à la hauteur des exigences contemporaines. En offrant un outil plus nuancé et plus complet, le praticien agréé disposera des clés nécessaires pour chiffrer avec rigueur le trouble psychique et contribuer ainsi à une évaluation plus équitable du taux d'invalidité.

Bibliographie

- M. Faisant, F. Papin-Lefebvre, P. Laburthe-Tolra, C. Rougé-Maillart. *Histoire des barèmes médico-légaux en dommage corporel, partie 2 : les barèmes contemporains en France* in : La revue de médecine légale (2013) 4, 147-153.
- P. Aballea, E. Marie. *L'évaluation de l'état d'invalidité en France*, RM2012-059P.
- C. Quézel-Ambrunaz, Gazette du palais, mardi 11 octobre 2022-N°32
- <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000511378/>
- [www.cnracl.retraites.fr/employeur:invalidité/barème-indicatif](http://www.cnracl.retraites.fr/employeur:invalidite/barème-indicatif)