Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES ARMÉES ET DES ANCIENS COMBATTANTS

Décret n° 2026-600 du 6 juillet 2026 modifiant les parties « – 9 – Encéphale » et « – 11 – Système sympathique » et la partie « – 14 – Troubles psychiques de guerre » du titre III du guide-barème des invalidités applicable au titre du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre et annexé à ce code

NOR : *ARMH2617761D*

Publics concernés : *demandeurs d'une pension servie au titre du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, médecins experts, administrations.*

Objet : *le décret modifie la partie « – 9 – Encéphale » du titre III du cinquième tableau de l'annexe 2 du code des pensions militaires d'invalidité portant guide-barème des invalidités applicable au titre de ce code, la partie « – 11 – Système sympathique » du titre III de la même annexe 2 ainsi que la partie « – 14 – Troubles psychiques de guerre » du même titre III de l'annexe 2 (suite) de ce code. Le décret a pour objet de retirer les références permettant au médecin expert mentionné à l'article R. 151-5-1 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre de proposer, dans le cadre de l'attribution d'une pension militaire d'invalidité, un taux d'invalidité. A compter de l'entrée en vigueur du présent décret, seul le médecin chargé des pensions au sein du service mentionné au 1° de l'article R. 151-6 de ce code propose, au chef du service précité, un taux d'invalidité. Par ailleurs, le décret modifie la partie « – 14 – Troubles psychiques de guerre » du titre III de l'annexe 2 (suite) du même code en actualisant les données médicales relatives aux troubles psychiques en fonction de la littérature médicale et médico-légale contemporaine.*

Entrée en vigueur : *le texte entre en vigueur le lendemain de sa publication.*

Application : *le décret est pris en application de l'article D. 125-4 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, constituant le fondement réglementaire du guide-barème des invalidités annexé à ce code.*

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des armées et des anciens combattants,

Vu le code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, notamment ses articles L. 125-3 et D. 125-4, son annexe 2 et son annexe 2 (suite),

Décrète :

Article 1er

A la partie « – 9 – Encéphale » du titre III du sixième tableau de l'annexe 2 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre portant guide-barème des invalidités applicable au titre de ce code, la ligne :

«

Il faut entendre par ce mot, non seulement la maladie de Parkinson ou paralysie agitante telle qu'on le concevait autrefois, mais aussi le syndrome parkinsonien d'origine encéphalitique dont les exemples sont si nombreux. C'est, à vrai dire, le syndrome post-encéphalitique en face duquel le médecin expert se trouvera le plus souvent, en raison de l'âge des militaires qui se présenteront devant lui. L'étude de ce syndrome post-encéphalitique a amené un certain nombre d'auteurs à les différencier, au point de vue clinique, de la maladie de Parkinson véritable. Toutefois, au point de vue de l'expertise, il ne semble pas qu'il y ait intérêt à les différencier, car les grands symptômes entraînant des troubles fonctionnels importants sont communs aux deux syndromes. L'expert devra tenir compte, pour l'appréciation de ces troubles : 1° De la rigidité plus ou moins généralisée qui porte sur la face, sur les membres et entraîne des troubles des mouvements et de la démarche ; 2° Du tremblement surtout marqué aux extrémités des membres qui gêne l'écriture et tous les actes délicats de la main. Dans l'appréciation de la rigidité et du tremblement, il y aura lieu de tenir compte de ce fait que le début est souvent unilatéral et peut, pendant un certain temps, être limité à la moitié du corps et, par conséquent, donner une importance d'apparence hémiplégique ; 3° Des troubles intellectuels. Les malades sont le plus souvent asthéniques, déprimés, irritables, mais pouvant, dans certains cas, présenter même des troubles mentaux importants ; 4° Des troubles de la parole, des troubles de la déglutition et de la salivation exagérée ;			

5° Des troubles sympathiques et des troubles généraux pouvant mener à l'amaigrissement et à la cachexie. Le syndrome parkinsonien peut se présenter sous des formes diverses et à des stades successifs de son évolution avec des taux d'invalidité différents. L'expert pourra apprécier ces invalidités suivant des modalités dont nous ne pouvons donner ici que quelques exemples :			

»

est remplacée par la ligne suivante :

«

Il faut entendre par ce mot, non seulement la maladie de Parkinson ou paralysie agitante telle qu'on le concevait autrefois, mais aussi le syndrome parkinsonien d'origine encéphalitique dont les exemples sont si nombreux. C'est, à vrai dire, le syndrome post-encéphalitique en face duquel le médecin expert se trouvera le plus souvent, en raison de l'âge des militaires qui se présenteront devant lui. L'étude de ce syndrome post-encéphalitique a amené un certain nombre d'auteurs à les différencier, au point de vue clinique, de la maladie de Parkinson véritable. Toutefois, au point de vue de l'expertise, il ne semble pas qu'il y ait intérêt à les différencier, car les grands symptômes entraînant des troubles fonctionnels importants sont communs aux deux syndromes. L'expert devra tenir compte, pour l'appréciation de ces troubles : 1° De la rigidité plus ou moins généralisée qui porte sur la face, sur les membres et entraîne des troubles des mouvements et de la démarche ; 2° Du tremblement surtout marqué aux extrémités des membres qui gêne l'écriture et tous les actes délicats de la main. Dans l'appréciation de la rigidité et du tremblement, il y aura lieu de tenir compte de ce fait que le début est souvent unilatéral et peut, pendant un certain temps, être limité à la moitié du corps et, par conséquent, donner une importance d'apparence hémiplégique ; 3° Des troubles intellectuels. Les malades sont le plus souvent asthéniques, déprimés, irritables, mais pouvant, dans certains cas, présenter même des troubles mentaux importants ; 4° Des troubles de la parole, des troubles de la déglutition et de la salivation exagérée ; 5° Des troubles sympathiques et des troubles généraux pouvant mener à l'amaigrissement et à la cachexie. Le syndrome parkinsonien peut se présenter sous des formes diverses et à des stades successifs de son évolution avec des taux d'invalidité différents. Ces invalidités seront appréciées selon des modalités dont nous ne pouvons donner ici que quelques exemples :			

».

Article 2

A la ligne « g. Ovaires. » de la partie « – 11 – Système sympathique » du titre III du sixième tableau de l'annexe 2 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre portant guide-barème des invalidités applicable au titre de ce code, les mots : « d'autant plus que lors d'une expertise médicale le médecin est tenu d'établir le taux de l'invalidité même dans le cas où l'origine est congénitale ou constitutionnelle et n'a rien avoir avec un accident à indemniser » sont supprimés.

Article 3

La partie « – 14 – Troubles psychiques de guerre » du titre III de l'annexe 2 (suite) du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre portant guide-barème des invalidités applicable au titre de ce code est remplacée par les dispositions suivantes :

« – 14 – TROUBLES PSYCHIQUES DE GUERRE

« (Voir également le guide-barème applicable aux infirmités et maladies contractées pendant l'internement ou la déportation).

« Chapitre I^er^ – Principes généraux de l'expertise psychiatrique

« Section A – Terminologie

« Un certain nombre de notions seront proscrites en raison de leur absence de signification précise, de leur coloration moralisatrice, voire péjorative : par exemple, la dystonie neurovégétative, le pithiatisme, la sinistrose.

« Le recours à des entités nosologiques archaïques ou ayant un sens quasi injurieux dans le langage courant, telles que neurasthénie, psychasthénie, spasmophilie, hystérie, paranoïa, débilité ou folie intermittente, sera soigneusement évité. A cet égard, l'expert tiendra compte du fait que le sujet est détenteur du libellé de son infirmité et que, notamment, il pourra être amené à montrer son carnet de soins à des tiers.

« Aucune expertise ne se réduira à de simples données d'examen ni à des conclusions diagnostiques.

« Celles-ci devront s'appuyer sur une démarche logique, rigoureuse, claire, aisément compréhensible par tous.

« Le dossier antérieur, les allégations de toutes origines feront l'objet d'une étude approfondie et critique.

« Ainsi, l'existence d'erreurs antérieures manifestes devra être signalée et rectifiée.

« La classification internationale des maladies de l'Organisation Mondiale de la Santé, ci-après désignée par les initiales CIM, outil de documentation clinique, permettra à l'expert de s'y reporter pour la conformité de ses conclusions diagnostiques. Le glossaire de cette CIM permet de définir sans ambiguïté l'ensemble de la terminologie sémiologique et syndromique. L'expert pourra y associer d'autres outils de documentation en vigueur (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM par exemple).

« Toutefois, le diagnostic étant insuffisant à lui seul pour rendre compte du retentissement de l'état de santé mentale dans la vie de tous les jours, l'expert devra procéder à une évaluation personnalisée de l'invalidité en résultant (*cf.* Indemnisation au chapitre II du présent titre).

« Une des erreurs logiques la plus fréquemment rencontrée et qui est absolument inacceptable consiste à attribuer à un état antérieur des désordres psychiques qui ne sont pas entièrement expliqués par le service (fait survenu par le fait du service ou à l'occasion du service).

« Il convient, quand cette situation se présente :

« – de décrire cet état, préciser en quoi il est pathologique et comment il a évolué ;

« – de démontrer le mode exact de relation avec le trouble présenté (aggravé ou nouveau) par un raisonnement pathogénique. Il est des cas (comme le stress post-traumatique par exemple) où :

« – il n'existe aucun état pathologique antérieur ;

« – une vulnérabilité préexistante n'a aucun rapport avec la survenue d'un stress post traumatique ;

« – une vulnérabilité psychique a pu simplement assombrir le pronostic du syndrome, sans l'expliquer d'aucune manière.

« La notion d'une relation de cause à effet directe et déterminante avec le ou les faits de service établit l'imputabilité médicale. La discussion doit s'appuyer sur une véritable argumentation. Ainsi, la négation de l'existence d'un trouble ne saurait uniquement reposer sur le caractère subjectif de l'expression des plaintes. De même, la négation d'un lien avec le service ne saurait se fonder seulement sur le délai écoulé jusqu'à l'apparition des troubles ou sur l'absence de documents médicaux contemporains des faits évoqués.

« Section B – Classification des infirmités

« Il est précisé qu'en pratique, sous le terme de désordres psychiques, la CIM décrit des syndromes.

« Par syndrome, il faut entendre l'ensemble des symptômes existant conjointement et constituant un état pathologique reconnaissable.

« Dans toute la mesure du possible, les symptômes seront groupés en syndromes car ils ne constituent pas chacun une infirmité distincte.

« Un sujet peut présenter plusieurs syndromes, car ceux-ci ne sont pas exclusifs : par exemple, un syndrome dépressif récurrent et un stress post-traumatique.

« Seront évités les amalgames hétéroclites tels que colopathie et dystonie neurovégétative, qui obscurcissent l'expertise et sont préjudiciables à une juste réparation.

« Il existe un stress post-traumatique chez le militaire lorsqu'il y a un stress intense ou une répétition d'évènements traumatisants :

« Le mode évolutif et le rapport très particulier que le militaire entretient avec ses symptômes ont deux conséquences qui méritent d'être soulignées : le point de départ des troubles est rarement mentionné dans les documents médico-administratifs contemporains de(s) l'événement(s) traumatisant(s) ; le moment où le stress post-traumatique fait l'objet de plaintes de la part du patient peut être très tardif, après des années d'évolution.

« L'événement traumatisant a, quand il s'est produit, souvent été minimisé par l'intéressé ou est passé inaperçu. C'est seulement dans les cas, peu nombreux, où il a été immédiatement suivi d'un épisode de bouleversement psychologique que l'on en trouve parfois une mention explicite dans les divers documents établis à cette occasion.

« Du reste, le délai qui sépare l'événement traumatisant de l'apparition du syndrome de répétition peut être de plusieurs années : c'est la classique période de latence.

« De surcroît, les sujets ne viennent se confier au médecin que lorsque les troubles entraînent pour eux une gêne ou une souffrance majeure, c'est-à-dire, dans de nombreux cas, longtemps après leur installation.

« Il est utile de rappeler que des signes du stress ou des perturbations de comportements ne sont pas tous des signes de stress post-traumatique. Il ne suffit pas d'avoir été exposé à un évènement susceptible de déclencher un tel syndrome pour qu'il y ait un syndrome de stress post-traumatique.

« Section C – Conditions d'examens du sujet en expertise

« Elles sont extrêmement importantes pour assurer la validité de l'évaluation clinique des conclusions et l'optimisation de la réparation : elles déterminent les attitudes des intéressés à l'égard de l'administration.

« L'accueil du postulant, les conditions matérielles de l'examen doivent faire l'objet d'une grande attention, permettant au sujet d'être considéré avec le respect dû à tout citoyen et non comme un être anonyme, objet d'une procédure de routine.

« L'attitude de l'expert doit être bienveillante, empreinte d'une certaine neutralité, et dépourvue de suspicion a priori. Il n'est pas de domaine médico-légal où l'expertise doive être plus strictement individualisée que dans celui de la discipline psychiatrique. Lors des examens médicaux, l'expert accomplit une tâche qui comporte indirectement une dimension thérapeutique.

« Un examen psychiatrique est nécessairement long (d'une durée qui ne saurait être inférieure à trois quarts d'heure). Il existe parfois plusieurs entretiens (deux à trois), sans compter les examens psychologiques souvent nécessaires.

« Il peut être utile d'indiquer à l'intéressé, sans pour autant lui lire les documents, le sens des conclusions, même si elles lui sont défavorables. Ceci permet d'éviter très souvent des griefs ultérieurs.

« Section D – Conclusions

« En matière d'établissement de la preuve d'imputabilité par expertise psychiatrique, il n'est pas toujours possible en pratique de réunir les preuves classiques qui permettent d'affirmer sans ambages l'imputabilité (documents d'origine, fait unique de service immédiatement constaté, etc.).

« Dans les cas particuliers des stress post-traumatiques chez le militaire exposé à un stress intense ou une répétition d'évènements traumatisants, les difficultés pour l'établissement de la preuve peuvent résulter, d'une part, du fait que les sujets se confient parfois très difficilement à autrui, fût-il médecin, et, d'autre part, parce que le constat se fait avec des délais d'apparition assez souvent retardés. Il s'ensuit que l'expertise médicale peut accéder au rang d'élément parfois décisif de preuve, fondée sur la rigueur de l'argumentation.

« Par son métier, l'expert connaît les différents types d'enchaînement causal affirmables pour tel ou tel trouble. Il lui appartient de les expliciter clairement afin d'être compris de tous et de faire en sorte que ses conclusions soient étayées par une argumentation médicale qui en justifie les termes.

« Ainsi, l'autorité administrative sera à même d'apprécier si, de l'ensemble des éléments du dossier, se dégage une force probante suffisante pour former sa conviction et de décider, en motivant sa décision sur ce point, que la preuve d'imputabilité est établie.

« Chapitre II – Indemnisation

« L'évaluation de l'invalidité passe par une description clinique complète faisant ressortir le trouble fonctionnel et l'atteinte à l'état général qui justifient le pourcentage attribué.

« A la différence de la législation des accidents du travail, où le pourcentage d'invalidité mesure une diminution ou une perte de capacité de travail, celle des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre traduit, de manière chiffrée, une diminution de l'intégrité physique et générale de l'individu.

« En matière de troubles psychiques, le pourcentage d'invalidité s'appuie sur des critères simples et généraux décrits ci-après permettant d'évaluer la gêne dans le fonctionnement habituel de l'intéressé.

« De l'ensemble de ces critères, il est proposé une échelle de six niveaux de gravité croissante dans le retentissement de l'ensemble du fonctionnement habituel de l'intéressé. Ces niveaux définissent des fourchettes de taux d'invalidité permettant une évaluation personnalisée de l'invalidité et laissant toute latitude pour proposer des taux intermédiaires :

« – absence de trouble ou gêne décelable : 0 % ;

« – niveau léger : troubles avec gêne décelable, activité de la vie courante peu perturbée : 20 % ;

« – niveau modéré : troubles plus importants, activité de la vie courante limitée, perturbée : 40 % ;

« – niveau intense : troubles envahissants, activité de la vie courante sensiblement modifiée, perte de capacité pour certaines activités : 60 % ;

« – niveau très intense : troubles très envahissants, restriction franche des activités de la vie courante : 80 % ;

« – perte totale de toute capacité existentielle propre, nécessitant une assistance de la société : 100 %.

« Les intervalles de 20 % offrent en effet toute liberté pour proposer des pourcentages intermédiaires, dans la mesure où tel cas particulier se situerait entre deux niveaux, compte tenu de l'hétérogénéité des éléments qui sont compris dans le terme d'intégrité psychique.

« Ils comprennent :

« – 1. La souffrance psychique : appréciée à partir de l'importance des troubles, de leur intensité et de leur richesse symptomatique. Cette souffrance est éprouvée consciemment ou non par le sujet et/ou perçue par l'entourage ;

« – 2. La répétition : elle s'exprime, au sens psychopathologique, par des troubles au long cours ou rémittents ;

« – 3. La perte relative de la capacité relationnelle et le rétrécissement de la liberté existentielle : ce troisième critère, consécutif dans une certaine mesure aux précédents, concerne le mode de relation à autrui et le degré d'inadéquation des conduites aux situations ;

« – 4. La capacité de contrôle des affects et des actes ;

« – 5. Le degré de tolérance à l'angoisse et à la peur ;

« – 6. La capacité à tenir compte de l'expérience acquise et à faire preuve de maitrise de soi ;

« – 7. Les possibilités de créativité, d'orientation personnelle et de projet.

« Les thérapeutiques – médicament et autre soin – pris par le postulant à pension participent également à l'évaluation.

« Les critères d'évaluation sont indépendants de toute spécificité nosographique (nosographie : classification méthodique des maladies). C'est la raison pour laquelle les pourcentages d'invalidité sont mentionnés indépendamment des descriptions cliniques.

« En cas de pluralité de troubles psychiques imputables, il sera procédé à une évaluation globale du taux d'invalidité du sujet. Le libellé correspondant regroupera la description des différents syndromes et/ou symptômes constitutifs de l'affection ainsi définie. »

Article 4

La ministre des armées et des anciens combattants et la ministre déléguée auprès de la ministre des armées et des anciens combattants sont chargées, chacune en ce qui la concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 6 juillet 2026.

SÉBASTIEN LECORNU

Par le Premier ministre :

La ministre des armées et des anciens combattants,
CATHERINE VAUTRIN

La ministre déléguée auprès de la ministre des armées et des anciens combattants,
ALICE RUFO