

Barème des Pensions Civiles et Militaires (BPCM)

Principes généraux

Le taux unique : exemple de l'épaule

Le libellé des infirmités et leur référence au Barème

Les infirmités non prévues au barème

Principes généraux

Barème du Code des pensions civiles et militaires

Fondement juridique

- Décret n° 68-756 du 13 août 1968 (modifié par le décret n° 2001-99 du 31 janvier 2001).
- Annexé au **Code des pensions civiles et militaires de retraite (CPCMR)**.

Finalité

- Taux IPP = **réduction de la capacité fonctionnelle** et non la réduction d'une capacité de travail ou la douleur.
- S'inscrit dans une **fourchette à bornes strictes**, sauf cas particulier ou non prévu dans le barème.
- **Aucune indication sur l'appréciation du taux unique : taux moyen, taux maximum, ou taux strict ?**
- Taux non transposable vis à vis d'autres organismes ayant leur propre barème, notamment la **Sécurité Sociale** (Site CNRACL)

Logique d'évaluation

- Évalue l'**atteinte à l'intégrité physique ou fonctionnelle**.
- Prend en compte :
 - La localisation de la lésion,
 - Son retentissement fonctionnel (marche, préhension, vue, audition, etc.),
 - Les possibilités d'adaptation ou de compensation.
- Barème **indicatif**, permettant au médecin expert de s'en écarter s'il motive sa décision.

Principes généraux

Synthèse comparative

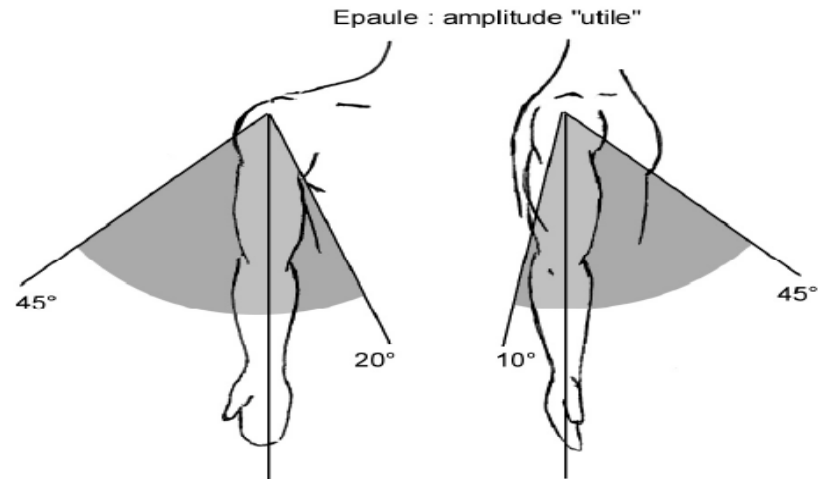
Critère	Pensions civiles & militaires	Sécurité sociale (AT/MP)	Droit commun
Base légale	Décret 68-756 modifié 2001-99	CSS R.434-32 & arrêté 1993	Aucun texte unique (jurisprudence) Concours Médical avril 2025
Finalité	Évaluer l' invalidité fonctionnelle ouvrant droit à pension	Calculer la rente liée à la perte de capacité de travail	Réparer intégralement le préjudice corporel
Nature du barème	Médico-fonctionnel, indicatif	Socio-professionnel, indicatif	Indemnitaire, orienté sur le retentissement global
Taux unique IPP	Sans précision	Taux moyen	Taux maximum (CM 2023)
Souplesse	Moyenne	Moyenne, mais interprétable	Très souple (appréciation judiciaire)
Objectif final	Pension ou ATI	Rente AT/MP	Dommages et intérêts

Le taux unique : exemple de l'épaule

I – 3 - RAIDEUR ARTICULAIRE

L'appréciation du secteur d'amplitude utile pour la fonction est l'élément essentiel de l'examen.

- Epaule :



	côté dominant	côté non dominant
- Limitation modérée de tous les mouvements de l'épaule bien compensés par l'omoplate :	15 %	12 %
- Raideur moyenne insuffisamment compensée par l'omoplate :	20 %	15 %
- Raideur serrée éventuellement douloureuse, non améliorable :	30 %	25 %

Ce taux peut être majoré de 10 à 15 % selon l'importance des douleurs.

I – 2 - ANKYLOSE

Il s'agit de l'ankylose dans une position de fonction favorable, éventuellement d'une arthrodèse.

118

L'ankylose en position défavorable pouvant être corrigée chirurgicalement :

	côté dominant	côté non dominant
- Epaule :	30 %	25 %

Le taux unique : Quelles solutions ?

Dans l'immédiat :

- Pas de bonne solution : libellé d'infirmité = incapacités différentes ⇔ taux unique !
- Barème certes indicatif - mais objectif => nécessité règle commune sur l'évaluation du taux IPP.
- 3 partis pris actuels : avantages - inconvénients :
 - Taux strict 15% : pénalise raideurs / limitations algiques => perte d'équité
 - Taux maximum 0-15% : s'éloigne trop du barème - valide de « fausses raideurs »
 - **Taux moyen** 15% +/- 4% : ne s'écarte pas trop du barème - meilleure équité car fourchette plus étroite pour des déficits comparables :
 - Sort de la rubrique Raideur les simples limitations douloureuses => Tendinite épaule Chap. XIII-IV : 0 - 7%,

La discussion reste ouverte !

Le taux unique : Quelles solutions ?

Pour l'avenir :

- **La révision totale du barème :**
 - Ambitieux car refonte de l'ensemble du barème : libellés, taux,.
 - Nécessaire :
 - Obsolescence actuelle : psychiatrie...
 - Evolution de la médecine : Diagnostics affinés avec création de nouvelles entités pathologiques, progrès thérapeutiques.
 - Droit Commun - Barème Concours Médical avril 2025 :
 - Comité de lecture : médecins experts, médecins d'assurances, médecins accompagnant les victimes.
- **La circulaire d'application :**
 - Mise en œuvre plus facile, rapide ?
 - Chapitres ou paragraphes déjà existants (Épaule...).
 - Détaille les modalités d'évaluation de l'incapacité avec plus de considérations cliniques.
 - CIRCNAM 2013.

Rôle moteur de la FNAMA ?

Barème Concours Médical 2003

A. Épaule

	dominant	non dominant
● Perte totale de la mobilité de la gléno-humérale et de la scapulo-thoracique	30 %	25 %
● Limitation de l'élévation et de l'antépulsion à 60° fixée en rotation interne	25 %	20 %
● Élévation et antépulsion limitées à 85°	20 %	15 %
● Élévation antérieure, antépulsion entre 130° et 180°	jusqu'à 10 %	jusqu'à 8 %
● Déficit isolé de la rotation interne	6 à 8 %	4 à 6 %
● Déficit isolé de la rotation externe	3 à 5 %	1 à 3 %
● Épaule ballante	20 à 30 %	15 à 25 %

Barème Concours Médical 2025

Tableau 2. ÉPAULE

Retentissement fonctionnel	Taux d'AIPP	
	dominant	non dominant
Perte totale de la mobilité de la gléno-humérale et de la scapulothoracique (ankylose bras collé au corps sans mobilité de l'omoplate)	30 %	25 %
Arthrodèse		
• scapulothoracique non fonctionnelle (sans mobilité de l'omoplate, bras collé au corps)	30 %	25 %
• scapulothoracique fonctionnelle (avec mobilité de l'omoplate, élévation latérale ne dépassant pas 60°)	25 %	20 %
Raideur		
• sévère : limitation de l' élévation-abduction-antépulsion active à 60° fixée en rotation médial	23 à 27 %	18 à 22 %
• moyenne : limitation de l' élévation-abduction-antépulsion active à 85°	18 à 22 %	13 à 17 %
• modérée : limitation de l' élévation-abduction-antépulsion entre 130° et 180°	5 à 10 %	3 à 8 %
Déficit isolé de la rotation médiale (interne)	6 à 8 %	4 à 6 %
Déficit isolé de la rotation latérale (externe) avec élévation latérale préservée	3 à 5 %	1 à 3 %
Instabilité de l'épaule		
• épaule ballante avec instabilité majeure	20 à 30 %	15 à 25 %
• instabilité antérieure ou postérieure de l'épaule en fonction de la fréquence des épisodes et de la répercussion fonctionnelle	Jusqu'à 8 %	Jusqu'à 5 %

Barème sécurité sociale (2006)

	DOMINANT	NON DOMINANT
Blocage de l'épaule, omoplate bloquée	55	45
Blocage de l'épaule, avec omoplate mobile	40	30
Limitation moyenne de tous les mouvements	20	15
Limitation légère de tous les mouvements	10 à 15	8 à 10

Circulaire d'application CNAM 2013

EPAULE (Tableau 57 \$A)	DOMINANT	NON DOMINANT
Douleur de l'épaule, sans paresthésie, accentuée par l'abduction active (pour se gratter le dos par exemple)	2 à 6 %	1 à 5 %
Limitation douloureuse légère de un à plusieurs mouvements Les signes fonctionnels sont peu gênants. Limitation isolée de la rotation externe (gêne pour peindre), ou limitation isolée de la rotation interne (gêne pour porter la main en arrière, se coiffer, attacher son soutien-gorge) Diminution d'amplitude de plus de 20° sur un ou plusieurs mouvements, l'abduction ou l'antépulsion étant au moins égale à 90°	5 % 10 à 15 %	3 % 8 à 10 %
Limitation douloureuse moyenne de un à plusieurs mouvements Les symptômes créent un inconfort et une gêne fonctionnelle. L'examen clinique est probant. L'abduction ou l'antépulsion est inférieure à 90° mais l'angle utile est respecté S Limitation bien compensée par l'omoplate S Limitation insuffisamment compensée par l'omoplate	15 % 20 %	12 % 15 %

EPAULE (Tableau 57 \$A) suite	DOMINANT	NON DOMINANT
Limitation douloureuse importante de un à plusieurs mouvements Les signes fonctionnels sont nets et entraînent une gêne importante. L'examen clinique est probant. Raideur serrée de l'épaule (abduction ne dépassant pas 60°)	40 %	30 %
Blocage douloureux complet avec omoplate mobile	40 %	30 %
Blocage de l'épaule avec omoplate bloquée	55 %	45 %

Le libellé des infirmités et leurs références au barème

- **Exigence de la CNRACL et de certains Ministères (Éducation nationale)**
 - Motivation des avis favorables.
 - Préciser les références exactes au barème CPCM des infirmités séquellaires :
 - Expertises - AF3 / AF4 (observations)- Formulaires ATI.
 - Entorse du genou => séquelles = gonalgies avec hydarthrose sur laxité ligamentaire franche bien compensée lors de la marche, mais entravant certaines activités - 5 à 15%
 - Références BPCM : Chap. XIII-II-9 et Chap. XIII-II-4
 - Permet aux services qui règlent le dossier (CNRACL, SRE) de comprendre la motivation du taux proposé par le CM-FP à la suite de l'expertise médicale

Courage : on mémorise vite le barème !

Les infirmités non prévues au barème

- AF3/AF4 (PCI) : Quelles infirmités à prendre en compte ?
 - Uniquement celles contractées ou aggravées en service.
 - Incidence sur le taux global : importance pour les carrières courtes (Art.L29 CPCM : 60%).
 - Quid des pathologies pauci-symptomatiques, bien équilibrées : HTA - Asthme - Hypothyroïdie - Eczéma / Psoriasis - Insuffisance veineuse légère ?
 - Quid des SAOS ?
- Quelle référence au Barème ? :
 - Fibromyalgie ⇔ Troubles somatoformes (V-V-6) <> Névrose à composante dépressive (V-IV-1) 10 à 30%.
 - Sep ⇔ syndromes cérébelleux (VI-I-3) ou syndromes parkinsoniens (VI-V-3)
 - Troubles du caractère et comportement post-AVC : Fatigue, trouble attention et concentration, perte motivation, anxiété, labilité émotionnelle ⇔ Dépression biotype cognitif ⇔ Névrose à composante dépressive