

DECRET

**Décret du 10 janvier 1992 déterminant les règles et barèmes pour la classification et l'évaluation des troubles psychiques de guerre**

NOR: ACVP9120015D

Version consolidée au 12 janvier 1992

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de la défense et du secrétaire d'Etat aux anciens combattants et victimes de guerre,

Vu le code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, notamment ses articles L. 9 et D. 2 ;

Vu le décret du 29 mai 1919 déterminant les règles et barèmes pour la classification des infirmités d'après leur gravité en vue de la concession des pensions accordées par la loi du 31 mars 1919, modifié notamment par le décret du 22 février 1929 portant modification du guide-barème des invalidités en ce qui concerne la neuropsychiatrie,

**Article 1**

Les règles et barèmes pour la classification et l'évaluation des troubles psychiques de guerre sont fixés par le document annexé au présent décret.

**Article 2**

Dans le document annexé au décret susvisé du 29 mai 1919 modifié, les titres XIV Névroses et XV Maladies mentales sont abrogés.

**Article 3**

Le ministre de la défense et le secrétaire d'Etat aux anciens combattants et victimes de guerre sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

▶ Annexes

- ▶ Guide-barème pour la classification et l'évaluation des troubles psychiques de guerre
- ▶ Chapitre 1er : Principes généraux de l'expertise psychiatrique
- ▶ Section A : Terminologie.

**Article Annexe**

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 neuro-végétative, 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 diagnostic 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 C.I.M., utilisée dans la partie analytique du barème doit être considérée par l'expert comme un outil de base : il s'y reportera pour la conformité de ses conclusions diagnostiques. Le glossaire de cette C.I.M. permet de définir sans ambiguïté l'ensemble de la terminologie sémiologique et syndromique.

Une des erreurs logiques le 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 la névrose traumatique par exemple) où :

- il n'existe aucun état pathologique antérieur ;

- une vulnérabilité préexistante n'a aucun rapport avec la survenue d'un syndrome psycho-traumatique ;

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

La notion d'une causalité directe et déterminante avec le ou les faits de service suffit à établir l'imputabilité au service. 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.

### Article Annexe

Il est précisé qu'en pratique, sous le terme de désordres psychiques, la C.I.M. 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 état de stress post-traumatique (névrose traumatique). Seront évités les amalgames hétéroclites tels que colopathie et dystonie neurovégétative, qui obscurcissent l'expertise et sont préjudiciables à une juste réparation.

## ► Section C : Conditions d'examen du sujet en expertise.

### Article Annexe

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 d'une durée qui ne saurait être inférieure à trois quarts d'heure est nécessairement long. Il exige parfois plusieurs entretiens (deux à trois), sans compter les examens psychologiques souvent nécessaires et les examens paracliniques éventuels.

Les témoignages des proches (famille, entourage) et/ou du médecin traitant seront éventuellement demandés par les moyens autorisés par la législation (y compris les enquêtes de notoriété).

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.

### **Article Annexe**

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 le cas des névroses traumatiques de guerre, 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, les autorités seront à même d'apprécier si, de l'ensemble des éléments du dossier, se dégage une force probante suffisante pour former leur conviction et de décider, en motivant leur décision sur ce point, que la preuve d'imputabilité est établie.

## ▶ Chapitre 2 : Aspects cliniques

### ▶ Section A : Psychosyndrome traumatique (névrose traumatique).

#### **Article Annexe**

La névrose traumatique de guerre (ou en relation avec des catastrophes naturelles ou tout autre événement exceptionnel à caractère individuel ou collectif) doit être considéré comme une blessure et ne peut être assimilée, d'un point de vue structural, aux états névrotiques au sens classique attribué à ce terme en psychopathologie, qui constituent des maladies. Cependant, dans le cadre du travail d'expertise, elle constitue, comme les séquelles psychiques d'accidents ou de catastrophes du temps de paix, un état pathologique consécutif à des situations particulières (non exclusif de la possible association avec une agression physique contemporaine) ou lié à l'exposition à des situations de danger, soit exceptionnelles, soit apparemment banales, mais comportant toujours des répercussions psychologiques pour le sujet.

Le mode évolutif de la névrose traumatique (principalement de guerre) et le rapport très particulier que le malade y 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 l'événement traumatisant ; le moment où il 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.

La gêne fonctionnelle résulte de la conjonction de l'importance relative des symptômes spécifiques (syndrome de répétition) avec d'autres manifestations éventuelles (cf. " troubles névrotiques " et " troubles de la personnalité ").

Taux d'invalidité à évaluer en fonction de l'intensité du syndrome de répétition, notamment des troubles du sommeil et de la gêne provoquée par les autres symptômes : cf. chapitre III.

► **Section B : Troubles névrotiques.**

**Article Annexe**

Ces troubles sont constitués de syndromes généralisés (états anxieux) ou plus limités (symptômes de conversion) dont l'apparition ou l'aggravation peut être contemporaine ou succéder à des faits de service ayant ou non entraîné, à l'époque où ils sont survenus, des manifestations psychiques aiguës (du type des troubles psychiques de guerre, par exemple). D'évolution généralement labile, ils persistent et se fixent durablement dans certains cas. Ils représentent un handicap (conversion) ou une réduction des capacités adaptatives (phobies) pour le sujet, dont l'existence se réorganise d'une façon plus ou moins intense, proportionnellement à la gêne fonctionnelle.

1° Troubles phobiques :

- agoraphobie avec ou sans crises d'angoisses paroxystiques ;
- phobies sociales ;

- phobies spécifiques (isolées),  
taux d'invalidité : cf. chapitre III.

2° Troubles anxieux :

- crises d'angoisse paroxystique ;
- troubles anxieux généralisés ;
- troubles anxio-dépressifs (sans prédominance marquée, ni troubles anxieux ou dépressif associés),

taux d'invalidité : cf. chapitre III.

3° Troubles obsessionnels :

Ces troubles peuvent être caractérisés par la prévalence de manifestations soit obsessionnelles, soit compulsives, soit associées, dans un tableau correspondant à la classique névrose obsessionnelle,

taux d'invalidité : cf. chapitre III.

4° Manifestations de conversion :

La non-existence d'une lésion anatomique ou fonctionnelle susceptible d'être entièrement à la source des symptômes est indispensable à l'affirmation du diagnostic de conversion. Toutefois, il convient de rappeler que si certains antécédents (traumatismes physiques ou blessures) ou affections médicales (arthrose) ne rendent pas compte des symptômes dans une corrélation anatomo-clinique, ils peuvent par contre constituer des points d'appel à partir desquels se développent les manifestations de conversion suivantes :

- troubles mnésiques ("amnésie", états stuporeux) ;
- troubles du comportement (agitation, fugue) ;
- troubles sensitifs et sensoriels (anesthésies, cécité, surdité) ;
- troubles majeurs (paralysies, contractures) ;
- autres symptômes de conversion,

taux d'invalidité : cf. chapitre III.

5° Hypochondrie névrotique,

taux d'invalidité à évaluer en fonction de l'intensité et de la fixité de la plainte : cf. chapitre III.

► **Section C : Troubles de la personnalité.**

**Article Annexe**

Des événements à caractère traumatique, l'exposition à des situations prolongées pénibles, mais aussi des atteintes à l'intégrité corporelle (maladies, séquelles diverses de blessures, amputations, parfois présence de corps étrangers métalliques - balles, éclats d'obus) sont susceptibles d'entraîner des modifications durables de la personnalité sans tableaux névrotique ni psychotique apparents. Ces manifestations expriment alors une rupture avec le style d'existence antérieure, quelle que soit la forme qu'il ait pu présenter. De telles modifications se font le plus souvent dans le sens d'une restriction, d'une réduction des capacités du sujet qui, au sein d'un vécu presque toujours douloureux, concourent à l'accentuation progressive de son inadaptation sociale.

L'examen de la personnalité retiendra alors principalement :

- des attitudes régressives et de dépendance affective ;
- une humeur de tonalité dépressive plus ou moins permanente ;
- une répétition des situations d'échec, avec succession d'événements pénibles constituant les étapes d'un processus de désocialisation ;
- association fréquente de troubles des conduites.

L'éventualité d'un psychosyndrome chronique, lié à diverses affections organiques, essentiellement cérébrales, sera envisagée en l'absence de critères de démence. Des investigations neuro-psychologiques permettront la mise en évidence d'anomalies parfois non décelables par la clinique,

taux d'invalidité : cf. chapitre III.

► **Section D : Etats schizophréniques et délires non schizophréniques au long cours.**

**Article Annexe**

Les affections indemnissables étant supposées séquellaires et fixées, elles sont le plus souvent représentées par des tableaux cliniques issus du groupe des psychoses chroniques (schizophrénies dans leurs aspects classiques ou hallucinatoires). Toutefois, on ne peut plus actuellement retenir l'évolution continue d'un seul tenant comme un critère absolu de diagnostic pour ces états.

Les thérapeutiques bio-psycho-sociales ont fragmenté les évolutions qui peuvent s'observer :

- sur un mode discontinu, avec des manifestations épisodiques de phases processuelles ou moments féconds (dont l'expression clinique est celle d'un état psychotique aigu), entre lesquels la production délirante ou hallucinatoire est très réduite, voire absente ;
- sur un mode hétérogène, avec alternance ou succession dans le temps chez un même malade de différents tableaux symptomatiques d'une affection (épisodes catatoniques chez un schizophrène paranoïde, par exemple) ou passage par des formes différentes d'états psychotiques chroniques (par exemple, évolution d'un état paranoïde vers un tableau cicatriciel plus structuré à prédominance interprétative et à thème de persécution prévalent - inversement, désagrégation d'un délire systématisé dont la formulation devient floue et décousue) ;

- sur un mode périodique, dans certaines formes individualisées, sous l'appellation de troubles schizo-affectifs ou schizophrénie à forme dysthymique.

On les classera comme suit au point de vue de leur évaluation fonctionnelle :

a) Psychoses avec conservation de l'activité sociale ;

b) Psychoses entravant manifestement le fonctionnement intellectuel et l'activité, soit par l'évidence des troubles, soit par leur retentissement sur la sociabilité du malade.

La continuité du traitement, tant chimiothérapique que psychothérapique (individuelle, institutionnelle ou sociale), est évidemment l'un des facteurs qui entrent en jeu dans les modalités évolutives. Elle est toutefois d'appréciation délicate et l'expert devra tenir compte :

- du fait que, souvent, l'irrégularité, voire l'absence de traitement ne sont pas liées à une simple négligence de la part du malade mais sont inscrites dans sa symptomatologie même (par exemple, non reconnaissance du caractère morbide des troubles, réticence pathologique, réinterprétation délirante de la thérapeutique dans des thèmes de persécution ou d'empoisonnement) ;

- de l'évolution générale des psychoses chroniques, qui demeure fréquemment péjorative, même sous l'effet d'une thérapeutique correctement conduite et suivie ;

- des effets secondaires marqués de certains traitements (syndrome d'asthénie et de passivité des neuroleptiques d'action prolongée, notamment).

c) Psychoses nécessitant un séjour en milieu hospitalier de longue durée, quelles qu'en soient les modalités (hospitalisation libre ou par placement).

L'élément fondamental d'appréciation demeure donc la gêne fonctionnelle et sociale plus que le simple constat d'une symptomatologie productive. Un syndrome hallucinatoire enkysté, une idée délirante tenace mais isolée peuvent être moins handicapants qu'un état d'apragmatisme chez un patient psychotique n'exprimant plus de propos délirants manifestes.

1° Schizophrénies :

- paranoïde ;
- hébéphrénique ;
- catatonique ;
- simple,

taux d'invalidité : cf. chapitre III.

2° Troubles schizo-affectifs :

- maniaque ;
- dépressif ;
- mixte,

taux d'invalidité : cf. chapitre III.

3° Délires non schizophréniques :

- délire systématisé chronique (paranoïaque ou sensitif) ;
- psychose hallucinatoire chronique ;
- paraphrénies,

taux d'invalidité : cf. chapitre III.

► **Section E : Etats psychotiques aigus.**

**Article Annexe**

Ces états sont ou transitoires et résolutifs, ou inaugureront une évolution au long cours. Seule cette dernière peut faire l'objet d'une indemnisation.

1° Confusion mentale (quelle qu'en soit l'étiopathogénie).

Evolution vers :

- un état délirant à partir de la persistance d'idées postoniriques (cf. états schizophréniques et états délirants non schizophréniques au long cours) ;

- affaiblissement intellectuel (cf. états démentiels ci-après).

2° Psychoses délirantes aiguës (quelle qu'en soit l'étiopathogénie).

Dans les cas de rechutes fréquentes ou d'évolution défavorable, se reporter à Etats schizophréniques et états délirants non schizophréniques au long cours.

## ▶ Section F : Troubles de l'humeur.

### Article Annexe

Un épisode isolé résolutif n'est pas indemnisable.

Si l'évolution devient périodique, on rentre alors dans le cadre des troubles bipolaires périodiques : dépression ou manie récurrentes ci-dessous. Si elle s'effectue vers des manifestations thymiques ou délirantes au long cours, se reporter à Etats schizophréniques et états délirants non schizophréniques au long cours ci-dessous.

Enfin, certaines manifestations pathologiques de l'humeur, notamment dépressives, sont intégrées dans des troubles de la personnalité et seront donc mieux évaluées à partir de cette rubrique (cf. troubles de la personnalité).

Les troubles de l'humeur comprennent différents aspects :

1° Episode (ou état) maniaque ;

2° Episode (ou état) dépressif ;

3° Etat mixte ;

4° Troubles bipolaires périodiques : dépression ou manie récurrentes.

Bien qu'en principe ils ne s'accompagnent pas d'altération durable de la personnalité pendant les phases intercritiques, les troubles périodiques de l'humeur peuvent engendrer une gêne fonctionnelle en raison de l'intensité et/ou de la fréquence des accès, de la résistance éventuelle aux thérapeutiques (dont certaines peuvent être contre-indiquées), enfin de l'évolution à long terme qui parfois peut se faire vers des manifestations thymiques et/ou délirantes au long cours, taux d'invalidité : cf. chapitre III.

## ▶ Section G : Etats démentiels.

### Article Annexe

Les troubles observés résultent d'une agression physique directe ou indirecte du cerveau.

La symptomatologie comprend une atteinte globale des fonctions cognitives, principalement de la mémoire, du langage et du jugement. Les altérations du contrôle émotionnel et le retentissement social sont manifestes. Le diagnostic différentiel avec d'autres tableaux, comme une confusion mentale traînante ou une dépression du sujet âgé, doit être effectué soigneusement. Des investigations complémentaires, notamment psychométriques, sont très souvent indispensables, surtout au début de l'affection, où le diagnostic peut être particulièrement difficile.

L'appréciation de l'imputabilité s'effectue en fonction des circonstances étiologiques (traumatismes crâniens, intoxications, infections, misères physiologiques, états de dénutrition prolongés) survenus du fait ou à l'occasion du service, taux d'invalidité : cf. chapitre III.

## ▶ Section H : Arriérations mentales.

### Article Annexe

Le quotient intellectuel sera évalué à la fois par des épreuves verbales et non verbales. L'expert mentionnera explicitement la ou les techniques utilisées (qu'il aura choisies et/ou pondérées éventuellement en fonction du contexte culturel).

Les différents niveaux d'arriération sont définis comme suit :

1° Arriération légère (Q.I. = 50 à 69) ;

2° Arriération modérée (Q.I. = 35 à 49) ;

3° Arriération sévère (Q.I. = 20 à 34) ;

4° Arriération profonde (Q.I. inférieur à 20),

taux d'invalidité : cf. chapitre III.

## ▶ Chapitre 3 : Indemnisation.

### Article Annexe

L'attribution des pourcentages d'invalidité en matière de troubles psychiques présente d'importantes difficultés de mesure. En général, il est possible de quantifier (par des échelles à intervalles ou ordinales relativement rigoureuses) un degré d'invalidité dans le domaine somatobiologique proprement dit où l'expert s'appuie sur la notion d'intégrité physique (anatomique, physiologique et fonctionnelle).

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 reposant sur une description de la symptomatologie. Une quantification dans le domaine psychopathologique présente des difficultés très spécifiques par rapport aux disciplines chirurgicales ou médicales.

En matière de troubles psychiques, ces pourcentages seront utilisés comme un code. Les éléments de celui-ci constituent une échelle nominale, dont les différents termes reçoivent à la fois une définition précise et explicite, s'appuyant sur des critères simples et généraux définissant le niveau d'altération du fonctionnement existentiel.

Dans cette échelle, en pratique expertale, on peut distinguer six niveaux de troubles de fonctionnement décelables, qui seront évalués 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 ;
- déstructuration psychique totale avec perte de toute capacité existentielle propre, nécessitant une assistance de la société : 100 p. 100.

Une telle définition par critères permet d'indiquer aux experts et à l'administration les conditions minimales requises pour étayer les propositions concernant le taux d'invalidité. Ceci permet d'éviter les estimations superficielles et constitue une référence commune à tous les experts ainsi qu'une base d'argumentation suffisamment transparente en cas de désaccord.

Les critères développés ci-dessous correspondent à des situations assez typiques et moyennes, reflétant la démarche clinique qui est surtout globalisante et ne procède jamais par des estimations à 5 p. 100 près, mais par niveau de 20 p. 100 sur l'échelle nominale. Ils offrent toute liberté à l'expert pour proposer des pourcentages intermédiaires, dans la mesure où tel cas particulier se situerait entre deux niveaux. L'expert pourra ainsi étayer son avis de manière rigoureuse.

Précisons que ces pourcentages ne sont pas des repères sur une échelle analogique, étant donné :

- l'hétérogénéité des éléments qui sont compris dans le terme d'intégrité psychique ;
- le fait qu'une évaluation clinique relève d'un jugement et non d'une mesure physique.

En fait, il s'agit de nombres indicatifs du degré de souffrance existentielle. Dans ce sens, un taux de 30 p. 100 ne signifie pas la moitié de 60 p. 100. Ce code particulier correspond à la nécessité d'un instrument d'évaluation utilisable à la fois par l'expert et l'administration.

En pratique expertale, les critères constitutifs de l'évaluation de l'invalidité comprendront :

1° La souffrance psychique : l'expert l'appréciera 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.

Doivent être pris en compte également des critères positifs tels que :

- la capacité de contrôle des affects et des actes ;
- le degré de tolérance à l'angoisse et à la peur ;
- l'aptitude à différer les satisfactions et à tenir compte de l'expérience acquise ;
- les possibilités de créativité, d'orientation personnelle et de projet.

Ces critères sont indépendants de toute spécificité nosographique (nosographie : classification méthodique des maladies). Chacun peut faire l'objet d'une évaluation assez précise, voire d'une vérifiabilité ou d'une prédictivité. 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.

ÉDITH CRESSON Par le Premier ministre :

Le ministre de la défense,

PIERRE JOXE

Le secrétaire d'Etat aux anciens combattants  
et victimes de guerre,  
LOUIS MEXANDEAU