

BULLETIN OFFICIEL DES ARMÉES



Édition Chronologique

PARTIE PERMANENTE
Administration Centrale

GUIDE-BARÈME DES INVALIDITÉS

applicable au titre du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre (Partie I).

Du

GUIDE-BARÈME DES INVALIDITÉS applicable au titre du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre (Partie I).

Version du au 4 décembre 2003.

Classement dans l'édition méthodique : BOEM 364-0.2

SOMMAIRE

PRÉFACE

COMMENTAIRES SUR LES DIFFÉRENTS BARÈMES COLLIGÉS DANS CET OUVRAGE

Guide-barème des invalidités applicable au titre du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

Art. L. 10

Art. L. 12

Art. L. 13

Art. L. 13 bis

13 OS ET ARTICULATIONS

14 TROUBLES PSYCHIQUES DE GUERRE (12)

ARTICLE L1.

DU CODE DES PENSIONS MILITAIRES D'INVALIDITE ET DES VICTIMES DE LA GUERRE

La république française, reconnaissante envers les anciens combattants et victime de guerre qui ont assuré le salut de la patrie, s'incline devant eux et devant leurs familles. Elle proclame et détermine, conformément aux dispositions du présent code, le droit à réparation due :

1. Aux militaires des armées de terre, de mer et de l'air, aux membres des forces françaises de l'intérieur, aux membres de la Résistance, aux déportés et internés politiques et aux réfractaires affectés d'infirmités résultant de la guerre ;
2. Aux veuves, aux orphelins et aux ascendants de ceux qui sont morts pour la France.

ARTICLE L1 bis.

La République française reconnaît, dans des conditions de stricte égalité avec les combattants des conflits antérieurs, les services rendus par les personnes qui ont participé sous son autorité aux opérations effectuées en Afrique du Nord entre le 1er janvier 1952 et le 2 juillet 1962.

Elle leur accorde vocation à la qualité de combattant et au bénéfice des dispositions du présent code.

PRÉFACE

Nous savons tous la valeur de l'instrument de travail qu'est le Guide-Barème des invalidités applicable au Code des pensions militaires d'invalidité. Pour les médecins experts et surexperts agréés, pour les présidents de commissions de réforme, il sert de base dans la fixation des taux d'évaluation des infirmités. Il bénéficie du plus grand crédit auprès des responsables des associations d'anciens combattants et auprès de l'ensemble du corps médical.

Depuis mon arrivée rue de Bellechasse, j'ai toutefois ressenti la nécessité d'apporter des améliorations à ce barème et à cet effet, de charger des commissions médicales composées d'éminents spécialistes civils et militaires d'étudier, chacune dans sa discipline, les modifications utiles.

Le droit à réparation, quel que soit le nombre d'années qui nous sépare des derniers conflits, reste en effet une préoccupation permanente pour le gouvernement et il doit pouvoir refléter constamment dans les meilleures conditions les données scientifiques, médicales, sociologiques humaines, de notre société en évolution.

C'est ainsi que des aménagements ont porté, notamment, sur les taux d'indemnisation des troubles de l'audition, des séquelles des blessures du crâne, des épilepsies et des troubles de la vision par les décrets n° 71-1129 du 3 décembre 1971, décret n° 74-498 n° 74-516 du 17 mai 1974.

Je remercie les membres des commissions médicales pour l'harmonisation à laquelle ils ont contribué et dont les usagers doivent tirer le plus grand bénéfice. Car telle est bien la recherche finalement poursuivie.

André BORD.

Nota : la présente mise à jour prend en compte les aménagements parus depuis l'édition de 1976

AVERTISSEMENT

Le guide-barème, tel qu'il est conçu et édité n'est qu'un instrument de travail établi par l'administration pour les besoins de ses services, en reprenant par compilation les décrets déjà existants (pris conformément aux dispositions de l'article L. 9 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre).

Instruction ministérielle 606 B

COMMENTAIRES SUR LES DIFFÉRENTS BARÈMES COLLIGÉS DANS CET OUVRAGE

Cette nouvelle édition du guide-barème des invalidités a été conçue de manière à présenter, ce que ne faisaient pas les éditions antérieures, la totalité des données des trois barèmes en vigueur en matière de pension militaire d'invalidité, à savoir l'échelle de gravité de 1887, le barème de 1915 et le barème de 1919.

Il convient avant tout de faire remarquer que les trois barèmes évoqués ci-dessus sont entièrement différents dans leur inspiration. C'est ce qui explique d'ailleurs les divergences d'appréciations qu'on peut y trouver à propos d'une même infirmité.

L'échelle de gravité de 1887 [décision ministérielle du 23 juillet 1887] (1) fut élaborée pour l'application des lois du 11 avril 1831 et du 18 avril 1831 : elle visait exclusivement des infirmités incurables mettant le militaire, de carrière à l'époque, soit hors d'état de rester en activité et lui ôtant toute possibilité d'y rentrer ultérieurement (officiers), soit hors d'état de servir et de pourvoir à sa subsistance (sous-officiers, caporaux, brigadiers et soldats). Elles entraînaient, alors, l'élimination de ces derniers de l'Armée. Les pourcentages qui étaient attribués aux infirmités tendaient ainsi à indemniser non seulement l'invalidité, mais également le préjudice subi par le militaire en cause du fait de l'interruption de sa carrière pour une infirmité due au service.

Il est à noter d'ailleurs qu'initialement cette échelle ne comportait pas à proprement parler de pourcentages d'invalidité, mais procédait simplement au classement de certaines infirmités en six catégories. L'introduction des pourcentages a été faite par décrets, dont la parution s'est échelonnée de 1906 à 1918, décrets codifiés dans l'article L. 12 du code.

Le barème de 1915 a été élaboré par les médecins de l'administration centrale du Ministère de la Guerre (commission consultative médicale) pour servir de guide aux experts qui, dans les divers centres de réforme, évaluaient une même infirmité, à des taux vraiment trop disparates. Il constitue plutôt une codification des pourcentages d'invalidité généralement admis à l'époque en matière d'accident du travail (loi du 9 avril 1898). Contrairement à l'échelle de gravité de 1887, il ne tient pas compte d'un préjudice quelconque de carrière.

Le barème de 1919 (décret du 29 mai 1919 (2)), établi par application des dispositions de l'article 9, § 4, de la loi du 31 mars 1919 (4^e alinéa de l'art. L. 9-1 du code), fut dressé par une commission de médecins légistes éminents en tenant compte de la science médico-légale de l'époque. Il constitue une étude médico-légale sérieuse de l'évaluation applicable aux invalidités. Les pourcentages retenus, comme ceux du barème de 1915, n'indemnisent que le dommage objectif.

Ce dernier barème a été lui-même modifié par différents décrets en vue d'une mise à jour, d'après les données scientifiques modernes, concernant différents groupes d'infirmités, décrets énumérés, avec leurs références, dans le tableau page 19-20.

Ont été en outre insérés :

- le décret n° 53-438 du 16 mai 1953 (3) relatif aux infirmités imputables à la déportation et à l'internement, barème qui doit servir également pour évaluer celles des infirmités féminines qui ne figurent pas dans le guide-barème général et dont sont atteintes les femmes victimes civiles et les membres féminins de l'Armée, ainsi que les veuves, orphelines et ascendants infirmes.
- le décret n° 73-74 du 18 janvier 1973 (4) déterminant les règles et barèmes pour la classification et l'évaluation des invalidités résultant des infirmités et maladies contractées par des militaires ou assimilés au cours de la captivité subie dans certains camps ou lieux de détention.
- le décret n° 74-1198 du 31 décembre 1974 (5) complétant le décret n° 53-438 du 16 mai 1953 déterminant les règles et barèmes pour la classification et l'évaluation des invalidités résultant des infirmités et maladies contractées pendant l'internement ou la déportation.
- le décret n° 77-1088 du 20 septembre 1977 (6) complétant le décret n° 73-74 du 18 janvier 1973 déterminant les règles et barèmes pour la classification et l'évaluation des infirmités et maladies contractées par des militaires ou assimilés au cours de la captivité subie dans certains camps ou lieux de détention.
- le décret n° 81-314 du 6 avril 1981 (7) modifiant le décret n° 74-1198 du 31 décembre 1974 qui complète le décret n° 53-438 du 16 mai 1953 déterminant les règles et barèmes pour la classification et l'évaluation des invalidités résultant des infirmités et maladies contractées pendant l'internement ou la déportation.
- le décret n° 81-315 du 6 avril 1981 (7) modifiant le décret n° 73-74 du 18 janvier 1973, complété par le décret n° 77-1088 du 20 septembre 1977, déterminant les règles et barèmes pour la classification et l'évaluation des infirmités et maladies contractées par des militaires ou assimilés au cours de la captivité subie dans certains camps ou lieux de détention.
- la loi 83-1109 du 21 décembre 1983 relative à l'indemnisation d'infirmités contractées dans certains lieux de captivité ou d'internement (8).
- la loi 89-1013 du 31 décembre 1989 portant création du statut de prisonnier du Viet-Minh (9).

Nature des infirmités	Date des décrets	Insertion aux recueils des documents intéressant la législation des pensions	Insertion au J.O.
Tuberculose pulmonaire	17 octobre 1919	Tome 1, p. 273	21 octobre 1919
Tuberculose pulmonaire	8 août 1924	Tome 5, p. 248	10 août 1924
Défiguration	19 mai 1925 (10) modificatif de celui du 28 février 1925	Tome 5, p. 544	20 mai 1925
Tuberculose osseuse ou articulaire.	16 juin 1925	Tome 5, p. 630	18 juin 1925
Paludisme et maladies exotiques.	18 mars 1926	Tome 6, p. 107	30 mars 1926
Oto-rhino-laryngologie et stomatologie.	7 septembre 1928	Tome 8, p. 173	7 septembre 1928
Neuro-psychiatrie	22 février 1929	Tome 8, p. 485	28 mars 1929
Épilepsie grave	27 juin 1930	Tome 9, p. 217	2 juillet 1930
Infirmités oculaires	5 juillet 1930	Tome 9, p. 243	9 juillet 1930
Amputations de membres	23 avril 1931	Tome 9, p. 677	26 et 28 avril 1931
Tuberculoses viscérales	17 juillet 1931	Tome 9, p. 784	19 juillet 1931

Nature des infirmités	Dates des décrets	Insertion au J.O. du Ministère des Anciens Combattants et victimes de guerre	Insertion au J.O.
Cécité pratique	no 49-873 du 28 juin 1949	nos 7 et 8 année 1949, page 1536	4 et 5 juillet 1949
Défiguration, affections génito-urinaires, ankylose de la hanche, hémiplégie, paraplégie, quadriplégie, monoplégie.	nos 54-755 et 54-756 du 20 juillet 1954	no 7 année 1954, page 1043	21 juillet 1954 et 25 juillet 1954 (rectificatif)
Néphrites	no 55-1-492 du 14 novembre 1955	no 11 année 1955, page 1380	19 novembre 1955
Troubles auriculaires	no 56-1084 du 25 octobre 1956	no 10 année 1956, page 1375	27 octobre 1956

Nature des infirmités	Dates des décrets	Insertion aux Annales Administratives du Secrétariat d'État aux Anciens Combattants	Insertion au JO
Troubles auriculaires	no 71-1129 du 3 décembre 1971	no 235 année 1971, page 837	JO du 4 janvier 1972
Perte de la vision bilatérale	no 74-498 du 17 mai 1974	no 140 année 1974, page 639	JO des 20 et 21 mai 1974
Crâne et épilepsies	no 74-516 du 17 mai 1974	no 141 année 1974, page 641	JO du 22 mai 1974
Affections cancéreuses	no 80-1007 du 11 décembre 1980	no 400 Année 1980	JO du 16 décembre 1980
Surdité	No 93.126 du 28 janvier 1993		JO du 30 janvier 1993
Troubles psychiques de guerre	10 janvier 1992		JO du 12 janvier 1992
Affection génito-urinaire			

I. — MEMBRES (1)					
A. MEMBRE SUPÉRIEUR					
Les taux d'invalidité correspondant au membre supérieur droit doivent être appliqués chez les gauchers au membre supérieur gauche et réciproquement.					
DOIGTS ET MÉTACARPE					
Raideurs articulaires et ankyloses partielles					
Pouce.					
Suivant que la mobilité est conservée entre la demi-flexion et la flexion forcée (angle favorable) ou entre la demi-flexion et l'extension (angle défavorable).					
Articulation inter-phalangienne	1 à 4	0 à 3			
Articulation métacarpo-phalangienne	1 à 3	0 à 1			
Articulation inter-phalangienne et métacarpo-phalangienne	4 à 8	3 à 6	5 à 10		2 à 10
La mesure de la limitation des mouvements des doigts est basée sur la connaissance du fait suivant : on sait que la pulpe digitale s'applique sur le pli médian transversal de la paume quand la main est bien fermée. Il suffit donc de mesurer avec un double décimètre la distance du pli à la pointe de l'ongle dans les deux positions de flexion et d'extension maxima.					
Index.					
Articulation métacarpo-phalangienne	1 à 2	0	5		5
1re ou 2e articulation inter-phalangienne	1 à 5	0 à 4	5 à 10		0 à 10
Toutes les articulations (index-raide)	5 à 10	4 à 8			
(1) La commission chargée d'élaborer le guide-barème des amputations a émis l'avis que, par amputés, il faut entendre les mutilés qui ont subi l'amputation au niveau du poignet ou au-dessus, au niveau de la tible-tarsienne ou au-dessus. Toutefois, elle a assimilé à l'amputation au niveau du poignet la perte des cinq doigts.					
Aux amputés non appareillables ou dont l'appareillage est mal toléré, il est attribué une majoration de 5 %.					
Médius.					
Une seule articulation	0 à 2	0			
Toutes les articulations	5 à 8	4 à 6	3 à 10		2 à 5
Annulaire.					
Une seule articulation	0 à 2	0			
Toutes les articulations	5 à 8	4 à 6	3 à 10		3 à 5
Auriculaire.					
Une seule articulation	0 à 1	0			
Toutes les articulations	2 à 5	0 à 4	2 à 5		2 à 5
<i>Les quatre doigts avec le pouce libre. — Suivant que la gène fonctionnelle intéresse :</i>					
a. L'extension	10 à 15	8 à 12			
b. La flexion	20 à 30	15 à 20			
<i>Les quatre doigts et le pouce. — Suivant que la gène fonctionnelle intéresse :</i>					
a. L'extension	10 à 20	8 à 15			
b. La flexion	30 à 40	20 à 30	40		30
Ankyloses complètes					

DEUX CLASSES					
1o Ankyloses OSSEUSES, vérifiées par la radiographie ;					
2o Ankyloses FIBREUSES, très serrées, ne permettant aucun mouvement utile, après tentatives suffisantes de mobilisation.					
Pouce.					
Articulation carpo-métacarpienne	20	15		20	15
Articulation métacarpo-phalangienne	10	8		10	8
Articulation inter-phalangienne	5	4		7	5
Articulation métacarpo-phalangienne et inter-phalangienne	15	12		20	15
Toutes les articulations :					
a. Pouce en extension	30	25			
b. Pouce en flexion modérée	25	20			
Index.					
Articulation métacarpo-phalangienne	5	4		8	6
Articulation de la 1re et de la 2e phalanges	10	8		10	7
Articulation de la 2e et de la 3e phalanges	3	1		5	2
Les deux dernières articulations	10	8		15	10
Les trois articulations	15	12		20	15
Médius.					
Articulation métacarpo-phalangienne	3	1		7	5
Articulation de la 1re et de la 2e phalanges	7	5		4	3
Articulation de la 2e et de la 3e phalanges	2	0		3	2
Les deux dernières articulations	10	8		10	5
Les trois articulations	15	12		15	10
Annulaire.					
Articulation métacarpo-phalangienne	2	0		6	4
Articulation de la 1re et de la 2e phalanges	5	4		4	3
Articulation de la 2e et de la 3e phalanges	1	0		2	1
Les deux dernières articulations	10	8		10	5
Les trois articulations	12	9		12	8
Auriculaire.					
Articulation métacarpo-phalangienne	1	0		4	3
Articulation de la 1re et de la 2e phalanges	3	1		2	2
Articulation de la 2e et de la 3e phalanges	1	0		2	1
Les deux dernières articulations	5	3		6	5
Les trois articulations	12	9		8	6
Gêne fonctionnelle des doigts résultant de lésions autres que les lésions articulaires. Section ou perte de substance des tendons extenseurs ou Héchisseurs. Adhérences ; cicatrices					
<i>Flexion permanente d'un doigt</i>					
Pouce	10 à 25	8 à 20		8	5
Index	5 à 15	4 à 12		5	4
Médius	5 à 15	4 à 12		3	2
Annulaire	5 à 12	4 à 9		1 à 2	1
Auriculaire.	5 à 12	4 à 9		1 à 2	1
<i>Extension permanente d'un doigt</i>					
Pouce	15 à 25	12 à 20		10	8

Index	10 à 15	8 à 12		8		6
Médius	5 à 15	4 à 12		5		4
Annulaire	5 à 12	4 à 9		4		3
Auriculaire	5 à 12	4 à 9		4		3
<i>Impotence totale définitive de préhension de la main</i>						
1o Par flexion ou extension permanente de tous les doigts, y compris le pouce (avec ou sans ankylose proprement dite)	60	45	65	60	65	50
2o Par flexion ou extension permanente de trois doigts, avec raideur des autres, atrophie de la main et de l'avant-bras, raideur du poignet	60	45	60		60	
Rétraction ischémique de Wolkmann						
(La plupart du temps le pouce n'est pas atteint.)						
a. Cas où le pouce est atteint, la main est alors fonctionnellement inutile			65	60	65	50
b. Cas où le pouce est libre				40		30
Maladie de Dupuytren						
Rétraction des deux derniers doigts				20		10
Pseudarthrose des doigts						
<i>Pseudarthrose ballante, avec perte de substance osseuse</i>						
Phalange unguéale.						
Pouce	5	4		5		3
Index	1 à 2	0		4		2
Autres doigts	1 à 2	0		2		1
Autres phalanges.						
Pouce	15	12		15		10
Index	10	8		10		8
Autres doigts	5	4		5		3
Luxations irréduites et irréductibles						
Pouce.						
Phalange	5	4				
Métacarpo-phalangienne (suivant la mobilité restaurée)	à 25	8 à 20				
Lors de cicatrices adhérentes de la paume et de raideur des autres doigts	à 40	20 à 30	60		60	
Doigts.						
Phalange	à 3	0 à 1				
Phalange et phalange (suivant la mobilité restaurée)	à 15	4 à 12				
Amputations ou désarticulations						
<i>Ablation isolée du pouce ou d'un doigt, partielle ou totale</i>						
Pouce.						
Phalange unguéale	10	8		10		5 à 10
Les deux phalanges	30	20		20		15
Les deux phalanges et le 1er métacarpien	35	25	60	30	60	25
Index.						
Phalange unguéale	5	4		5		5
Deux phalanges	10	8		12		10
Les trois phalanges	15	12		15		12
Médius. — Annulaire. — Auriculaire.						
Phalange unguéale	1	0		2		1
Deux phalanges	5	4		5		3
Trois phalanges	10	8		10		5

<i>Ablation de plusieurs doigts</i>						
Ablation de <i>deux</i> doigts, avec les métacarpiens correspondants :						
Index et un autre doigt	35	25	60		60	
Deux doigts autres que l'index	20	15	60		60	
(Lors de mobilité conservée du pouce et des autres doigts.)						
Pouce, index			65	50	65	40
Index, médius	35	25	60	40	60	30
Médius, annulaire	20	15	60	30	60	20
Annulaire, auriculaire	20	15	60	20	60	10
Ablation de deux doigts, avec ou sans les métacarpiens correspondants, lors de raideur très prononcée du pouce et des autres doigts et d'atrophie de la main						
Ablation totale du pouce et de l'index :						
Si les autres doigts sont assez mobiles pour faire préhension avec la paume	45	35	65		65	
Si les autres doigts sont déviés ou de mobilité plus ou moins incomplète	50 à 60	40 à 45	65		65	
Ablation de trois doigts, avec les métacarpiens correspondants :						
Index et deux autres doigts	50	40	65		65	
Médius, annulaire, auriculaire (suivant l'état de mobilité du pouce et de l'index)	40 à 50	30 à 40	65	30	65	20
Lors d'immobilisation du pouce et du doigt restant	60	45	65		65	
Pouce, index, médius			65	60	65	50
Index, médius, annulaire	50	40	65	50	65	40
Ablation de trois doigts, sans les métacarpiens correspondants :						
Index et deux autres doigts (lors de mobilité conservée du pouce et du doigt restant)	40	30	60		60	
Médius, annulaire, auriculaire (lors de mobilité conservée du pouce et du doigt restant)	30	20	60		60	
Lors d'immobilisation du pouce et du doigt restant	60	45	65		65	
Index, médius, auriculaire			60	35	60	30
Pouce, index, annulaire			65	50	65	40
Pouce, index, auriculaire			65	50	65	40
Pouce, médius, annulaire			65	40	65	30
Pouce, médius, auriculaire			65	40	65	30
Pouce, annulaire, auriculaire			65	40	65	30
Ablation totale du pouce et de trois ou de deux doigts autres que l'index	50 à 60	40 à 45	65		65	
Ablation des quatre derniers doigts						
Le pouce restant mobile	45	35	65	55	65	45
Lors d'immobilisation du pouce	60	45	65		65	
Ablation des quatre premiers doigts						
Ablation partielle de deux doigts :						
De la phalangette du pouce et des deux dernières phalanges de l'index :						
avec mobilité complète des moignons	20	15		20		10
sans mobilité des moignons	30	20		30		20
Deux phalangettes :						
Index et médius				10		5
Médius et annulaire				5		5

Ablation simultanée aux deux mains des pouces et de tous les doigts	90	100	100		
Ablation de divers doigts aux deux mains (1) :					
Des pouces et de tous les doigts à l'exception d'un seul	85	100	100		
De tous les doigts à l'exception d'un seul			100		
Des pouces et de trois ou quatre doigts	85				
Des pouces et de trois ou quatre doigts autres que les index	70				
Des pouces et de trois autres doigts				80	
Des pouces et des deux index	80			80	
Des pouces, un index et un médus				70	
Des pouces et un index				60	
Des deux pouces	60			50	
(Pour les ablations partielles et simultanées de deux doigts, à la même main, additionner les évaluations indiquées plus haut.)					
MÉTACARPE					
Fractures					
Cal difforme, saillant, gêne motrice des doigts correspondants	5 à 15	4 à 12			
Fractures avec perte de substance osseuse sur l'un ou l'autre bord de la main, déviation secondaire de la main ; écartement ou gêne motrice importante des doigts	10 à 20	8 à 15		5 à 15	0 à 5
Luxations					
Des deux derniers métacarpiens	15 à 20	12 à 15			
De tous les métacarpiens	30 à 40	20 à 30		40	30
(Suivant la gêne fonctionnelle des doigts et du poignet.)				60	50
PERTE TOTALE DE LA MAIN					
Par désarticulation du poignet ou amputation très basse de l'avant-bras					
Par amputation atypique intra-carpienne					
Par désarticulation des cinq métacarpiens	85 (1)	85 (1)			
Par amputation intra-métacarpienne					
Par ablation du pouce et des quatre doigts					
<i>Perte des deux mains</i>	100 (2)		100 (2)		
(1) A moins que la dissociation de l'infirmité en ses différents éléments donne un pourcentage plus élevé (application de la circulaire 542 EMP du 31 mars 1953 voir p. 353) par suite, soit du mode de décompte du taux de la pension, soit du droit au bénéfice des dispositions des articles L 17 et L 38 à L 40 du Code.	(1) décret du 23 avril 1931				
	(2) A moins que la dissociation de l'infirmité en ses différents éléments donne un pourcentage plus élevé (application de la circulaire 542 EMP du 31 mars 1953 , voir p. 253) par suite, soit du mode de décompte du taux de la pension, soit du droit au bénéfice des dispositions des articles L 17 et L 36 à L 40 du Code.				
POIGNET					
a. Les mouvements de flexion et d'extension varient entre 95° et 130° ;					
b. Les mouvements de pronation et de supination embrassent un angle total de 180°.					
Fractures (Voir ci-après)					
Raideurs articulaires et ankyloses partielles					
Raideurs de l'extension et de la flexion	5 à 8	4 à 6			
				8	5

Si les mouvements conservés se produisent également de chaque côté de la verticale, l'angle de mobilité est dit favorable						
Si l'angle de mobilité s'effectue dans la flexion exagérée, c'est-à-dire lorsque l'extension ne peut pas se faire, l'angle de mobilité est dit défavorable				15 à 20		10 à 20
Raideurs de la pronation et de la supination	5 à 10	4 à 8				
Si la partie du mouvement conservé évolue dans la position favorable de la pronation				10		8
Si la partie du mouvement conservé évolue dans la position défavorable de la supination				20 à 30		10 à 20
Raideurs combinées	10 à 20	8 à 15				
Ankyloses complètes						
a. En extension et demi-pronation, pouce en dessus, pouce et doigts mobiles	20	15		20		10
b. En extension et pronation complète, doigts mobiles	25	20				
c. En extension et pronation complète, doigts raidis	40	30	60	40	60	30
d. En extension et supination, suivant le degré de mobilité des doigts	40 à 50	30 à 40				
e. En flexion et pronation, suivant le degré de mobilité des doigts	45 à 60	35 à 45		40		30
f. En flexion et supination, doigts mobiles	50	40 à 50		50		40
g. En flexion et supination, doigts ankylosés (perte de l'usage de la main)	60	45	65	50	65	40
Luxation						
Luxation non réduite du poignet lorsqu'elle détermine une gêne fonctionnelle importante.			60		60	
Pseudarthrose (poignet ballant)						
A la suite de larges résections ou de grandes pertes de substance traumatiques du carpe	40	30	65	20	65	10
Main botte, radiale ou cubitale						
Consécutives à une large perte de substance d'un des os de l'avant-bras, suivant le degré de la déviation latérale et de la gêne apportée à la mobilité des doigts	20 à 40	15 à 30				
AVANT-BRAS						
Fractures (Voir ci-après)						
a. Inflexion latérale ou antéro-postérieure des deux os avec gêne consécutive des mouvements de la main	5 à 15	4 à 12				
b. Limitation des mouvements de torsion (pronation et supination) :						
Pronation conservée, supination abolie	5 à 10	4 à 8		10		5
Pronation abolie, supination conservée	10 à 15	8 à 12		20 à 30		10 à 20
c. Suppression des mouvements de torsion avec immobilisation :						
En demi-pronation, pouce en dessus	15	12				
En pronation complète	25	20		40		30
En supination	35	25		50		40
Cals vicieux :						
Extrémité inférieure du radius (pénétration des fragments impossible à couriger, avec lésions articulaires et tendineuses)				10 à 20		10
Pseudarthrose (curabilité opératoire, sinon)						
a. Des deux os :						
Serrée	10	8		30		20
Lâche (avant-bras ballant)	40	30	65	40	65	30

b. D'un seul os :						
Serrée	0 à 5	4		10		10
Lâche	5 à 10	8		20		15
Amputation						
Amputation de l'avant-bras	85(1)	85(1)				
	(1) décret du 23 avril 1931					
COUDE						
L'amplitude en degrés des mouvements de flexion et d'extension du coude s'effectue :						
a. Pour la flexion, depuis 180° (extension complète) jusqu'à 30° (flexion complète) ;						
b. Pour l'extension, depuis 30° (flexion complète) jusqu'à 180° (extension complète).						
Amplitude des mouvements de torsion. (Voir <i>Poignet.</i>)						
Cicatrice du coude entravant l'extension complète.						
Extension limitée :						
a. A 135°	10	8				
b. A 90°	20	15		20		20
c. A 45°	40	30				
d. En deçà de 45°, l'avant-bras étant maintenu en flexion à angle très aigu	50	40		60		60
Fractures (Voir ci-après)						
Raideurs articulaires						
a. Lorsque la partie du mouvement conservé évolue dans la position favorable :						
a ₁ . Flexion active entre 110° et 75°	10	8		10		10
a ₂ . Flexion active entre 75° et la flexion complète	20	15		20		15
b. Lorsque la partie du mouvement conservé évolue dans la position défavorable :						
Extension active de 110° à 180°	30	25		50		40
c. Mouvements de torsion. (Voir <i>Avant-bras.</i>)						
Ankyloses complètes						
Ce terme vise l'abolition des mouvements de flexion, d'extension, de pronation et de supination.						
La position d'ankylose du coude est dite en « flexion », de 110° à 30° ; elle est dite « en extension », de 110° à 180°.						
Position favorable :						
En flexion entre 110° et 75°	35	25	60	30	60	20
En flexion à angle aigu à 45°	40 à 45	30 à 40	60	40	60	30
Cas extrême de flexion forcée où la main est appliquée contre l'épaule			65	60	65	50
Position défavorable :						
En extension entre 110° et 180°	50	45	65	60	65	50
Ankyloses incomplètes						
(Huméro-cubitale complète avec conservation des mouvements de torsion.)						
a. Position favorable :						

a ₃ . En flexion entre 110° et 75°	25	20				
a ₄ . En flexion à angle aigu à 45°	30	25				
b. Position défavorable :						
En extension entre 110° et 180°	45	35				
Fracture de l'olécrane						
a. Cal osseux ou fibreux court, bonne extension, flexion peu limitée	5	4		10		5
b. Cal fibreux long, extension active complète, mais faible, flexion peu limitée	10	8				
c. Cal fibreux long, extension active presque nulle, atrophie notable du triceps	20	15		20		10
Luxation						
Luxation non réduite du coude			65		65	
Pseudarthrose						
Consécutives à de larges pertes de substance osseuse ou à des résections étendues du coude :						
a. Coude mobile en tous sens, extension active nulle	30 à 40	25 à 30				
b. Coude ballant	50	40	65	50	65	40
Désarticulation						
<i>Des articulations du coude</i>	90(1)	90(1)				
BRAS						
Fractures (Voir ci-après)						
Consolidation avec déformation et atrophie musculaire	10 à 30	8 à 25		10 à 20 (2)		5 à 10
Le cal vicieux rentre dans ce cas.						
(1) décret du 23 avril 1931						
(2) Le raccourcissement présente ici rarement par lui-même un inconvénient fonctionnel. Il n'en entraîne que s'il s'est prononcé au point de gêner le fonctionnement des muscles par rapprochement de leurs insertions. Dans les cas extrêmes, le taux d'invalidité peut atteindre 30 et 40 %.						
Pseudarthroses						
Curabilité opératoire, sinon :						
a. Au niveau de la partie moyenne du bras	40	30	65	40	65	30
b. Au voisinage de l'épaule ou du coude	50	40	65	50	65	40
<i>Amputation du bras</i>	90 (1)	90 (1)				
ÉPAULE						
Cicatrices de l'aisselle limitant plus ou moins l'abduction du bras						
a. Bras collé au corps	30 à 40	25 à 30		20 à 50		20 à 50
b. Abduction de 10 ° à 45 °	20 à 30	15 à 25				
c. Abduction de 45 ° à 90 °	20	15				
d. Abduction jusqu'à 90 °, mais sans élévation possible	10	8				
Fractures (Voir ci-après)						
Raideurs articulaires						
Portant principalement sur la propulsion et l'abduction	10 à 30	8 à 25		10 à 20		10
Cas graves avec angle de mobilité conservé défavorable				30 à 35		20
Ankyloses complètes						

Avec mobilité de l'omoplate	35	25	65	40	65	30
Avec fixation de l'omoplate						
Sans complication	45	35	65	50	65	40
Avec complication de périarthrite douloureuse			65	60	65	50
Périarthrite chronique douloureuse						
a. Suivant le degré de limitation des mouvements	5 à 25	4 à 20				
b. Avec abolition des mouvements et atrophie marquée	35	25				
(1) décret du 23 avril 1931						
Pseudarthrose						
Consécutives à des résections larges ou à des pertes de substance osseuse étendues (épaule ballante)	60	45	65	50	65	40
Luxation						
Luxation récidivante de l'épaule	10 à 30	8 à 25		40		30
Luxation non réduite de l'épaule			65		65	
Amputations et désarticulations						
Désarticulation de l'épaule ou amputation sous-tubérositaire	95	95(1)				
Amputation interscapulo-thoracique	95	95(1)				
Amputation de deux membres						
Perte des deux membres supérieurs quel que soit le niveau	100 (2)		100 (2)		100 (2)	
Amputation d'un membre supérieur et d'un membre inférieur quelle que soit leur combinaison	90 (2)		100 (2)		100 (2)	
CLAVICULE						
Fractures et luxations						
a. Fracture :						
— bien consolidée, cal plus ou moins saillant, raideurs de l'épaule	5 à 15	4 à 12				
— consolidée dans des conditions normales, avec atrophie musculaire légère et sans périarthrite scapulo-humérale				1 à 5		1 à 2
— bien consolidée et compliquée de périarthrite				10 à 20		5 à 10
— consolidée par cal difforme avec compressions nerveuses (curabilité opératoire)						
(1) décret du 23 avril 1931						
<p>(2) A moins que la dissociation de l'infirmité en ses différents éléments donne un pourcentage plus élevé (application de la circulaire 542 EMP du 31 mars 1953 voir p. 253) par suite, soit du mode de décompte du taux de la pension, soit du droit au bénéfice des dispositions des articles L 17 et L 36 à L 40 du Code.</p> <p>Il est à noter que pour une amputation d'un membre supérieur et d'un membre inférieur le décompte en infirmités multiples donne pour le barème 1919 un taux supérieur à 90 %.</p>						
sinon voir chapitre nerfs, cependant :						
— avec simple fourmillement				30		20
— avec phénomènes douloureux, parésie localisée				40		30
— avec paralysie étendue				60		50
b. Fracture double :				10 à 20		

— avec consolidation normale	10 à 30	8 à 25				
— avec cals saillants, raideurs des épaules				30 à 50		
— avec complication de périarthrite				10 à 20		5 à 10
<i>c.</i> Pseudarthrose						
<i>d.</i> Luxation non réduite :	0 à 5	0 à 4				
— externe	0 à 10	0 à 8				
— interne						
Muscles						
<i>a.</i> Perte de substance musculaire, suivant qu'elle intéresse un ou plusieurs muscles, avec adhérences étendues à la peau ou aux plans profonds.						
<i>b.</i> Rupture complète ou partielle d'un muscle.						
<i>c.</i> Rupture complète ou partielle d'un tendon.						
(Pour <i>a, b, c</i> , voir raideurs articulaires, ankyloses).						
<i>d.</i> Amyotrophie — voir pages 89 et suivantes,						
Nerfs						
Voir p. 72.						
Arthrites						
Arthrites chroniques consécutives soit à des plaies articulaires avec ou sans lésions osseuses, soit à des accidents rhumatismaux infectieux ou tuberculeux (voir régions intéressées, raideurs articulaires, ankyloses, amputations).						
Luxations						
Raideurs articulaires consécutives par arthrite, périarthrite, ostéome, atrophie musculaire, irréduction ou irréductibilité (voir régions intéressés, raideurs articulaires, ankyloses, amyotrophie).						
Luxation non réduite d'une grande articulation			65		65	

DÉSIGNATION DES INFIRMITÉS	POURCENTAGE d'invalidité	POURCENTAGE réservé aux bénéficiaires des articles L 12 et L 13 bis du Code lorsque ce pourcentage est plus avantageux	
		1887	1915
	p. 100	p. 100	p. 100
B. MEMBRE INFÉRIEUR			
Les deux membres inférieurs sont considérés comme ayant une utilité fonctionnelle équivalente.			
ORTEILS			
Fractures (Voir ci-après)			
<i>Raideurs articulaires</i>	0 à 5		
Ankyloses complètes			
Gros orteil.			
<i>a.</i> En mauvaise position d'hyperextension ou de flexion	10 à 15		15 à 20

<i>b.</i> En bonne position, c'est-à-dire en rectitude, dans le prolongement du pied	5		8 à 10
Autres orteils.			
<i>a.</i> En position défavorable (hyperextension, flexion, chevauchement sur les voisins)	0 à 15		7 à 15
<i>b.</i> En position rectiligne et favorable	0 à 5		3
En ce qui concerne les ankyloses en mauvaise position (hyperextension), lors d'orteils gênants et douloureux, l'ablation est tout indiquée et bénigne.			
Amputations et désarticulations			
Gros orteil.			
Une phalange	2		5
Deux phalanges	5		10
Deux phalanges et métatarsien	20	60	15 à 20
Ablation isolée.			
Autres orteils :			
Une phalange	0		0
Un orteil dans sa totalité	0		3 à 5
Ablation simultanée.			
Gros orteil et deuxième	7		13 à 15
Gros orteil, deuxième et troisième	8		16 à 20
Deuxième, troisième et quatrième	4		9 à 15
Trois derniers	5		9 à 15
Tous les orteils, suivant l'état des cicatrices	20 à 30	60	30
Luxations			
Luxation non réduite du gros orteil accompagnée de cicatrices adhérentes et de raideur des autres orteils		60	
MÉTATARSE			
Amputations et désarticulations			
Un métatarsien	5		5 à 10
Les deux premiers	20	65	20
Deux métatarsiens		60	
Les trois derniers métatarsiens	25	65	25
Tous les métatarsiens (Lisfranc)	30	65	30
TARSE			
Fracture ou luxation des métatarsiens et du tarse, ou fracture et luxations combinées :			
<i>a.</i> Plante du pied affaissée et douloureuse	10 à 20		10
<i>b.</i> Déviation du pied, en dedans ou en dehors, rotation (pied bot traumatique)	20 à 30		
<i>c.</i> Pied bot traumatique, avec déformation considérable et fixe ; immobilité des orteils, atrophie de la jambe (impotence du pied)	30 à 50		
Déformation par :			
<i>a.</i> Fracture ou luxation de l'astragale			15 à 20
<i>b.</i> Fracture du calcanéum			5 à 30
<i>c.</i> Fracture ou luxation du scaphoïde			20 à 30
<i>d.</i> Fracture ou luxation des cunéiformes			15 à 25
<i>e.</i> Fracture ou luxation du cuboïde et des métatarsiens			20 à 30
Luxation non réduite des os du tarse lorsqu'elle détermine une gêne fonctionnelle importante		60	

Cicatrices			
Cicatrices de la plante du pied, incurvant la pointe ou l'un des bords	10 à 40		
Exostoses			
Talalgie chronique consécutive à des exostoses sous-calcanéennes	10 à 30		15 à 20
Si cette douleur permanente du talon était provoquée par une inflammation chronique des bourses séreuses sous-et péri-calcanéennes, ou par une ostéite chronique localisée du calcanéum, même évaluation.			
Désarticulations ou amputations			
<i>Médio-tarsienne</i> (Chopart) :			
a. Bonne attitude et mobilité suffisante du moignon	35		
b. Mauvaise attitude par bascule du moignon avec marche sur l'extrémité du moignon :	40	65	30
c. Marche impossible sur le moignon		80	
<i>Sous-astrogaliennne</i> (Pirogoft, Ricard) :			
Amputation <i>atypique intra-tarsienne</i>	45	65	40
PIED			
Articulation tibio-tarsienne			
Les mouvements de flexion et d'extension de l'articulation tibio-tarsienne ont une égale amplitude équivalente à 40° environ dans chaque sens autour de l'angle droit.			
Raideurs articulaires			
a. Avec angle de mobilité favorable, le pied conservant des mouvements qui oscillent de 15° autour de l'angle droit	0 à 10		0 à 10
b. Avec angle de mobilité défavorable (pied talus ou équin)	10 à 30		10 à 30
Rupture tendineuse			
La rupture du tendon d'Achille, dont la réparation se fait bien, dans un délai variable			10
Ankyloses complètes			
a. <i>A angle droit</i> , sans déformation du pied et avec mobilité suffisante des orteils	10		15 à 20
b. <i>A angle droit</i> , avec déformation ou atrophie du pied, et gêne des mouvements des orteils	20 à 30	60	15 à 20
c. <i>En altitude vicieuse du pied</i>	30 à 45	65	30 à 50
Amputation et désarticulation			
<i>Désarticulation tibio-tarsienne</i> (Syme, Guyon)	85 (1)		
<i>Amputation des deux pieds</i>	85 (2)	100 (2)	100 (2)
JAMBE			
Fractures (Voir ci-après)			
Raideurs articulaires (Voir genou, pied)			
Cals vicieux			
A. Consécutifs à des fractures malléolaires			
<i>a. Déplacement du pied en dedans :</i>			
Plante du pied tendant à regarder le pied sain, la marche et la station debout se faisant sur le bord du pied	20 à 40		30
<i>b. Déplacement du pied en dehors :</i>			
Plante du pied basculant et regardant en dehors, la marche et la station debout s'effectuant sur la partie interne de la plante du pied, voire sur le bord interne	20 à 45		40 à 50
(1) décret du 23 avril 1931			

	(2) A moins que la dissociation de l'infirmité en ses différents éléments donne un pourcentage plus élevé (application de la circulaire 542 EMP du 31 mars 1953 voir p. 253) par suite, soit du mode de décompte du taux de la pension soit du droit au bénéfice des dispositions des articles L 17 et L 36 à L 40 du Code.		
B. Consécutifs a des fractures de la diaphyse			
<i>a. Consolidation rectiligne, avec raccourcissement de 3 à 4 centimètres, gros cal saillant atrophie plus ou moins accusée</i>	15 à 25		25 à 30
<i>b. Consolidation angulaire, avec déviation de la jambe en dehors ou en dedans, déviation secondaire du pied, raccourcissement de plus de 4 centimètres ; marche possible</i>	30 à 40		40
<i>c. Consolidation angulaire, ou raccourcissement considérable, marche impossible</i>	60	65	50
C. Consécutifs a des fractures de l'extrémité supérieure			
Forts déviation angulaire, en avant ou latérale	30 à 50		
Pseudarthrose			
<i>Pseudarthrose des deux os. Curabilité opératoire, sinon</i>	60	65	60
Amputation			
<i>Amputation de la jambe</i>	85 (1)		
ROTULE			
Fractures			
<i>a. Cal osseux ou fibreux court, bonne extension, flexion peu limitée</i>	10		10
<i>b. Cal fibreux long, extension active complète, mais faible, flexion peu limitée</i>	20		30 à 40
<i>c. Cal fibreux long, extension active pres une nulle, atrophie notable de la cuisse</i>	40		40 à 50
<i>d. Pseudarthrose avec amyotrophie et conservation des mouvements</i>			20
Ablation de la rotule (Patellectomie)			
<i>a. Avec genou libre, atrophie notable du triceps et extension insuffisante</i>	30 à 40		
<i>b. Combinée à des raideurs du genou (voir ci-dessous).</i>			
Rupture tendineuse			
La rupture du tendon rotulien, ou du ligament rotulien, étant presque toujours incomplète ne détermine qu'une gêne relative, mais certaine, qui peut être évaluée à			10
(1) décret du 23 avril 1931			
GENOU			
L'amplitude en degrés des mouvements de flexion et d'extension du genou s'effectue :			
<i>a. Pour la flexion :</i>			
Depuis 180° (extension complète) jusqu'à 30° environ (flexion complète)			
<i>b. Pour l'extension :</i>			
Depuis 30° environ (flexion complète) jusqu'à 180° (extension complète)			
Cicatrices du creux poplité			
Entravant l'extension complète ; extension limitée			
<i>a. Entre 135° et 170°</i>	10 à 30		
<i>b. Entre 90° et 135°</i>	30 à 50		
<i>c. Jusqu'à 90° au moins</i>	50 à 60		60
Fractures (Voir ci-après)			

<i>Raideurs articulaires</i>	5 à 30		
a. Avec angle favorable de la verticale à 25° ou 45°			10 à 20
b. Avec angle défavorable			20 à 30
Ankyloses complètes			
La position d'ankylose du genou est dite en <i>extension</i> de 180° à 135°.			
Elle est dite en <i>flexion</i> de 135° jusqu'à 30°.			
a. <i>Position favorable</i> :			
En extension complète à 180° ou presque complète jusqu'à 135°	35	60	30 à 40
b. <i>Position défavorable</i> :			
En flexion, c'est-à-dire à partir de 135° jusqu'à 30°	60	63	60
Hydarthrose			
<i>Hydarthrose chronique</i> à poussées récidivantes, avec amyotrophie marquée	10 à 30		10 à 20
<i>Hydarthrose chronique double</i> volumineuse avec amyotrophie bilatérale	30 à 40		
Fractures			
a. <i>De l'extrémité inférieure du fémur.</i>			
b. <i>De l'extrémité supérieure du tibia.</i>			
c. <i>Combinées.</i>			
Voir <i>Raideurs articulaires, Ankyloses.</i>			
Cals vicieux			
a. Déterminant après ankylose en extension le <i>genu valgum</i> , où la jambe s'incline en dehors	50	65	50
b. Déterminant après ankylose en extension le <i>genu varum</i> , où la jambe s'incline en dedans	50	65	50
Luxation			
Luxation non réduite du genou		65	
Pseudarthrose			
Consécutives à une résection du genou :			
a. Si le raccourcissement ne dépasse pas 6 centimètres et si le genou n'est pas ballant	50		
b. Genou ballant	60	65	50
Désarticulation			
<i>Désarticulation</i>	90 (1)		
CUISSE			
Fractures			
a. <i>Extrémité inférieure du fémur (voir Genou).</i>			
b. <i>Diaphyse</i> :			
b1. Raccourcissement de 1 à 4 centimètres, sans lésions articulaires ni atrophie musculaire	5 à 10		10 à 20
(1) décret du 23 avril 1931			
b2. Raccourcissement de 3 à 6 centimètres, avec atrophie musculaire moyenne, sans raideurs articulaires	20		20 à 40
b3. Raccourcissement de 3 à 6 centimètres, avec raideurs articulaires accusées	30		20 à 40
b4. Raccourcissement de 6 à 12 centimètres, avec atrophie musculaire moyenne, raideurs articulaires	30 à 50		
b5. Raccourcissement de 6 à 12 centimètres, avec déviation angulaire externe, atrophie musculaire très accusée et la flexion du genou ne dépassant pas 135°	60		50
c. Tiers supérieur, région trochantérienne et col :			

— raccourcissement constant et prononcé, limitation des mouvements de l'articulation coxo-fémorale, surtout dans l'abduction			60
— raccourcissement de plus de 10 centimètres, déviation angulaire externe, raideur de la hanche	60 à 63		70
Cal vicieux			
Consolidant en crosse une fracture sous-trochantérienne et accompagné de grand raccourcissement et de douleurs	70		70
Luxation			
Luxation non réduite de la hanche		63	
Pseudarthrose			
Curabilité opératoire, sinon	60	65	60
Amputations			
a. <i>Sous-trochantérienne</i>	95		
b. <i>A un niveau inférieur</i>	90(1)		
	(1) décret du 23 avril 1931		
HANCHE			
Fractures (Voir ci-après)			
Raideurs articulaires	15 à 30		
— lorsque la partie du mouvement conservé s'exécute suivant un angle favorable, soit un angle de flexion de 45 ° partant de la verticale			15 à 20
— cas opposés			30 à 35
Ankyloses complètes			
a. En rectitude	75	60	40 à 50
b. En mauvais attitude (flexion, adduction, abduction, rotation)	85	65	60 à 70
c. Des deux hanches	100 (1)		100 (1)
Pseudarthroses			
Consécutives à de grandes pertes de substance osseuse	70	65	70
Désarticulation			
<i>Désarticulation</i>	95	80	80
Amputations des deux membres			
D'un membre supérieur et d'un membre inférieur quelle que soit leur combinaison	90 (1)	100 (1)	100 (1)
Amputation des deux membres inférieurs	100 (1)	100 (1)	100 (1)
	<p>(1) A moins que la dissociation de l'infirmité en ses différents éléments donne un pourcentage plus élevé (application de la circulaire 542 EMP du 31 mars 1953 , voir p. 253) par suite, soit du mode de décompte du taux de la pension, soit du droit au bénéfice des dispositions des articles L 17 et L 36 à L 40 du Code.</p> <p>Il est à noter que pour une amputation d'un membre supérieur et d'un membre inférieur le décompte en Infirmités multiples donne pour le barème 1919 un taux supérieur à 90 %.</p>		
Muscles			
a. Perte de substance musculaire, suivant qu'elle intéresse un ou plusieurs			

muscles, avec			
b. Rupture complète ou partielle d'un muscle. adhérences étendues à la peau ou aux plans profonds.			
c. Rupture complète ou partielle d'un tendon :			
— du tendon d'Achille, dont la réparation se fait bien dans un délai variable			10
— du tendon rotulien ou du ligament rotulien, rupture presque toujours incomplète ne déterminant qu'une gêne relative mais certaine			10
(Pour a, b, c, voir raideurs articulaires, ankyloses.)			10
d. Amyotrophie (voir page 92).			
Nerfs			
Voir p. 76.			
Arthrites			
Arthrites chroniques consécutives soit à des plaies articulaires avec ou sans lésions osseuses, soit à des accidents rhumatismaux, infectieux ou tuberculeux (voir régions intéressées, raideurs articulaires, ankyloses, amputations).			
Luxations			
Raideurs articulaires consécutives par arthrite, périarthrite, atrophie musculaire, irréduction ou irréductibilité (voir régions intéressées, raideurs articulaires, ankyloses, amyotrophie).			
Luxation non réduite d'une grande articulation		65	
II. — VAISSEAUX			
décret no 96-1099 du 16 décembre 1996			
se reporter page 155/5			
VARICES			
décret no 96-1099 du 15 décembre 1995			
se reporter page 155/5			
III. — NEURO-PSYCHIATRIE			
— 1 — NERFS PÉRIPHÉRIQUES			
1o Lésions traumatiques			
Les paralysies par lésion traumatique d'un nerf périphérique ne peuvent être considérées comme définitives qu'au bout de plusieurs années. On doit se rappeler que, dans la plupart de ces paralysies, aussi bien dans les cas de traumatisme sans section nerveuse complète que dans les cas de section nerveuse ayant subi une restauration chirurgicale correcte, on est en droit d'attendre le plus souvent une amélioration progressive, voire même, une guérison à peu près complète.			

DÉSIGNATION DES INFIRMITÉS	POURCENTAGE d'invalidité		POURCENTAGE réservé aux bénéficiaires des articles L 12 et L 13 bis du Code lorsque ce pourcentage est plus avantageux			
	Côté droit	Côté gauche	Côté droit		Côté gauche	
			1887	1915	1887	1915
	p. 100	p. 100	p. 100	p. 100	p. 100	p. 100
L'atrophie musculaire, la réaction de dégénérescence, l'anesthésie cutanée, les troubles trophiques, etc., ne sont pas des signes						

d'incurabilité ; ces symptômes traduisent simplement un état d'interruption nerveuse susceptible souvent d'une régression spontanée ou d'une restauration chirurgicale.						
Les taux d'invalidité indiqués par le barème s'appliquent à des paralysie totales et complètes, c'est-à-dire atteignant d'une façon complète la totalité des muscles animés par le nerf intéressé.						
En cas de paralysie incomplète, parésie ou simple affaiblissement, comme en cas de paralysie partielle respectant une partie des muscles innervés, le taux d'invalidité subit naturellement une diminution proportionnelle.						
Au contraire, l'association de troubles névritiques, douleurs, raideurs, rétractions fibreuses, troubles trophiques, aggrave plus ou moins l'impotence et légitime une majoration du taux d'invalidité.						
La réaction causalgique, en particulier, plus souvent observée dans les blessures des nerfs médian et sciatique popillé externe, mais qui peut s'associer aux lésions de tous les autres nerfs, comporte à elle seule une invalidité très élevée, en raison des douleurs intolérables provoquées par la moindre excitation. Mais il faut savoir que les causalgies, ainsi du reste que la plupart des troubles névritiques, ont une tendance habituelle à la guérison spontanée en quelques mois ou en quelques années.						
A. MEMBRE SUPÉRIEUR (1)						
Paralysie totale d'un membre supérieur		90	65	70	65	60
Paralysie radiculaire supérieure Duchenne-Erb comprenant deltoïde, biceps, brachial antérieur, coraco-brachial, long supinateur	55	45		20		10
Paralysie radiculaire inférieure (type Klumpke) comprenant les muscles fléchisseurs des doigts ainsi que les petits muscles de la main	60	50		30		20
Paralysie isolée du nerf sous-scapulaire (muscle grand dentelé)	15	10		15		10
Paralysie du nerf circonflexe	25	20		20		10
Paralysie du nerf musculo-cutané (biceps), cette paralysie permet cependant la flexion de l'avant-bras sur le bras par le long supinateur	20	15		50		40
Paralysie du nerf médian :						
a. Au bras (paralysie des muscles antibrachiaux)	50	40		50		40
b. Au poignet (paralysie de l'éminence thénar, anesthésie)	20	10		20		10
(1) Il est rappelé qu'en cas de paralysie incomplète ou partielle, les taux fixés à ce paragraphe doivent être abaissés et rationnellement calculés d'après le degré de la gêne fonctionnelle.						
Paralysie du nerf cubital :						
a. Au bras (muscles antibrachiaux et muscles de la main)	30	30		50		40
b. Au poignet (muscles de la main, interosseux), l'impotence est sensiblement la même quel que soit le siège de la blessure	20	20		10 à 15		10
Paralysie du nerf radial :						
a. Lésion au-dessus de la branche du triceps	50	40		60		50
b. Lésion au-dessous de la branche du triceps (paralysie classique des extenseurs)	40	30				
Paralysie associée du médian et du cubital	50	50				
Syndrome de paralysie du sympathique cervical (Claude Bernard-Horner), myosis enophtalmie, rétrécissement de la fente		5 à 10				

palpébrale, majoration de				
Syndrome d'excitation du sympathique cervical (Pourfour-Du Petit), mydriase exophtalmie, majoration de	5 à 10			
Ulcérations persistantes, troubles trophiques cutanés, majoration de	5 à 20			
Réaction névritique (douleurs, raideurs, rétractions fibreuses, troubles trophiques, etc.), majoration de	10 à 40			
Réaction causalgique, majoration de	20 à 60			
B. MEMBRE INFÉRIEUR (1)		1887	1915	
Paralysie totale d'un membre inférieur	90	65	60	
Paralysie complète du nerf sciatique	40			
Paralysie du nerf sciatique poplité externe	30		20	
Paralysie du nerf sciatique poplité interne	20			
Paralysie du nerf crural	50		40 à 50	
Paralysie du nerf obturateur	10 à 20			
Ulcérations persistantes, troubles trophiques cutanés, majoration de	5 à 20			
Réactions névritiques, majoration de	10 à 40			
Réaction causalgique, majoration de	20 à 60			
(1) Il est rappelé qu'en cas de paralysie incomplète ou partielle, les taux fixés à ce paragraphe doivent être abaissés et rationnellement calculés d'après le degré de la gêne fonctionnelle.				

DÉSIGNATION DES INFIRMITÉS	POURCENTAGE d'invalidité	POURCENTAGE réservé aux bénéficiaires des articles L 12 et L 13 bis du Code lorsque ce pourcentage est plus avantageux	
		1887	1915
	p. 100	p. 100	p. 100
2e Névrites périphériques			
Névralgies			
Les mononévrites, névrites spontanées d'un tronc nerveux, d'origine toxique ou infectieuse, sont assimilables aux paralysies traumatiques des mêmes nerfs, complètes ou incomplètes, totales ou partielles. Elles comportent les mêmes aggravations et majorations d'invalidité en rapport avec l'association des symptômes névritiques, douleurs, troubles trophiques, rétractions fibrotendineuses, raideurs articulaires ou même réaction causalgique.			
Elles ne peuvent également être considérées comme définitives qu'au bout de plusieurs années, car elles ont, comme les lésions traumatiques, une tendance à peu près constante à l'amélioration ou à la guérison progressive. Elles déterminent cependant avec une certaine fréquence, des séquelles durables ou définitives, par les troubles trophiques : rétractions, raideurs ou déformations plus ou moins irréductibles.			
Les polynévrites, toxiques, dyscrasiques ou infectieuses, sont également des syndromes essentiellement curables. Les troubles fonctionnels qu'elles déterminent ne peuvent donc être considérés comme définitifs qu'au bout d'un temps quelquefois très prolongé. Ces troubles fonctionnels durables peuvent			

consister dans la persistance des paralysies, des atrophies musculaires, ou de douleurs, mais plus souvent, il s'agit uniquement de séquelles névritiques : raideurs articulaires, troubles trophiques ou rétractions fibrotendineuses, telles que l'équinisme ou la griffe des orteils.			
Les polynévrites peuvent s'accompagner de troubles mentaux passagers ou durables parfois même chroniques, à type de confusion mentale, pour l'évaluation desquels on se reportera au chapitre relatif à la confusion mentale.			
Un grand nombre de polynévrites sont d'origine alcoolique et ne sont, par conséquent, pas imputables au service.			
A. Polynévrites à prédominance motrice nettement caractérisée			
Paralysie double antibrachiale des extenseurs	40 à 70 (1)		
Paralysie bilatérale des muscles de la main fléchisseurs des doigts	50 à 80 (1)		
Paralysie bilatérale des extenseurs du pied et des orteils avec steppage	30 à 50 (1)		
Paralysie bilatérale du triceps crural	40 à 50 (1)		
Paraplégie polynévritique complète	60 à 80 (2)		
Paralysie des quatre membres	60 à 100 (3)		
B. Polynévrites sensitivo-motrices douloureuses			
Forme habituelle paraplégique	40 à 80 (2)		
Forme quadriplégique	60 à 100 (3)		
Séquelles névritiques, pieds varus équin avec griffe fibreuse des orteils	30 à 50		
C. Polynévrites à prédominance sensitive			
Pseudo-tabès névritique	30 à 70		
D. Névrites chroniques progressives			
Les névrites chroniques progressives (névrites du type Charcot-Marie, névrite hypertrophique du type Déjerins-Sottas, etc.) sont en général des maladies familiales, apparaissant dans l'enfance ou l'adolescence et subissant une aggravation lentement progressive.			
(1) A moins que la dissociation de l'infirmité en ses différents éléments donne un pourcentage plus élevé (application de la circulaire 542 EMP du 31 mars 1953, voir p. 253) par suite soit du mode de décompte du taux de la pension, soit du droit au bénéfice des dispositions des articles L. 17 et L. 35 du Code.			
(2) Voir p. 86 pour l'indemnisation de la paraplégie.			
(3) Voir p. 87 pour l'indemnisation de la quadriplégie.			
Par définition, elles ne sont, dans la plupart des cas, pas imputables au service. Cependant, on a décrit de ces affections quelques cas sans hérédité ni caractère familial et d'apparition tardive (névrite hypertrophique de l'adulte), qui pourraient à la rigueur être susceptibles d'une indemnisation.			
L'invalidité dans ces affections ne doit pas être évaluée d'après l'étendue et l'intensité de l'atrophie musculaire, mais uniquement d'après l'impotence fonctionnelle qui ne lui est pas toujours parallèle.			
En effet, dans certains cas, sans troubles sensitifs graves l'impotence est souvent beaucoup moins accusée que ne laisserait supposer l'aspect de l'atrophie musculaire.			
Dans d'autres cas, au contraire (type Déjerine Sottas), l'impotence se trouve sensiblement aggravée par la coexistence de troubles de la sensibilité et particulièrement de la sensibilité profonde avec incoordination motrice.			
Pour l'évaluation de l'invalidité il y aura lieu de se rapporter par comparaison au barème ci-dessus établi pour les polynévrites.			
3o Algies			

L'appréciation de l'invalidité provoquée par les névralgies est un problème des plus délicats. Les névralgies sont en effet des troubles essentiellement subjectifs, qui mettent en cause le degré de sincérité du malade, sa suggestibilité, son coefficient de tolérance, d'émotivité ou de pusillanimité.			
Il importe par conséquent de rappeler les principes directeurs suivants :			
a. Un grand nombre de névralgies sont symptomatiques, en rapport avec une lésion organique quelconque (névrites spontanées ou traumatismes des nerfs, compressions ou inflammations des troncs nerveux par lésion articulaire ou osseuse de voisinage, radiculites, myélites ou méningo-myélites, etc.)			
L'invalidité dans ces cas est essentiellement fonction de la lésion organique causale (mal de Poti, rhumatisme vertébral, arthrite de la hanche, compression nerveuse, blessure des nerfs, etc.). Les douleurs névralgiques n'interviennent alors que comme un facteur surajouté, légitimant une majoration de l'invalidité proportionnelle à leur intensité ;			
b. La plupart des névralgies essentielles, c'est-à-dire traduisant une irritation primitive des troncs nerveux par quelques processus irritatif, toxique ou infectieux, sont des syndromes habituellement curables. On ne peut les considérer comme définitives qu'après plusieurs années ;			
c. Il existe dans presque tous les cas des signes objectifs tantôt évidents, tantôt très discrets, qu'il importe de rechercher minutieusement, comme signes d'authenticité de la névralgie : modifications des réflexes, troubles objectifs de la sensibilité, attitudes révélatrices, atrophies musculaires, discordances motrices, réactions électriques anormales, etc. ;			
d. L'invalidité, momentanée ou persistante, doit être appréciée en fonction à la fois de l'intensité et de l'extension des névralgies, de la gêne fonctionnelle apportée au travail et du retentissement possible sur l'état général. Elle est donc infiniment variable selon les cas, selon les réactions du malade et selon même les périodes de la maladie.			
Voici, à titre d'exemple, l'étude des différents degrés d'invalidité dans la névralgie sciatique.			
<i>Névralgie sciatique</i>			
Il s'agit uniquement des sciaticques persistantes ; les crises aiguës de sciaticque ne peuvent être considérées autrement que comme des affections épisodiques, non indemnisables :			
a. Névralgie sciatique légère, confirmée (en dehors du signe de Lasègue et des points douloureux) par l'existence de signes objectifs, modifications du réflexe achilléen, atrophie musculaire, scoliose, etc. mais sans trouble grave de la marche	10 à 20		
b. Névralgie sciatique, d'intensité moyenne, avec signes objectifs manifestes, gêne considérable de la marche et du travail	25 à 40		
c. Névralgie sciatique grave, rendant le travail et la marche impossibles nécessitant souvent le séjour au lit	45 à 60		
d. Névralgie sciatique compliquée de réaction causalgique plus ou moins intense ou de retentissement sur l'état général	40 à 80		
— 2 — RACINES ET GANGLIONS RACHIDIENS			
A. Radiculites			
On réserve le nom de radiculites aux syndromes névralgiques en rapport avec l'inflammation des racines rachidiennes dans leur traversée méningée. Cette définition les distingue des syndromes radiculaires qui accompagnent les myélites et méningo-myélites, les compressions de la moelle ou de la queue de cheval, les lésions vertébrales comme le mal de Pott ou le cancer vertébral, ou qui traduisent les lésions traumatiques, les compressions ou irritations des plexus			

nerveux en dehors de la colonne vertébrale.			
Les radiculites d'origine toujours infectieuse (syphilis, tuberculose, infections diverses) sont caractérisées par la distribution radicalaire des symptômes, par la prédominance habituelle des douleurs et des troubles objectifs de la sensibilité sur les symptômes moteurs et trophiques plus discrets, par la retentissement douloureux de l'effort, de la toux et de l'éternuement, par l'existence habituelle d'une certaine réaction méningée.			
L'invalidité qu'elles comportent est, dans la plupart des cas, assimilable à celles des névralgies. Plus rarement l'existence de troubles moteurs permet de les assimiler aux paralysies du plexus brachial ou des racines de la queue de cheval. (Voir <i>Névralgies ou Paralysies.</i>)			
D. Zona			
L'association rare de troubles trophiques légitimerait la majoration habituelle des « réactions névritiques ». (Voir <i>Nerfs périphériques.</i>)			
Le zona ne comporte d'indemnisation que dans les cas de névralgie persistante ou de troubles trophiques consécutifs du zona.			
Ces névralgies persistantes sont très rares chez les jeunes sujets, mais relativement fréquentes chez les sujets âgés.			
L'invalidité qui en résulte est essentiellement variable suivant le siège de la névralgie, son extension, son intensité et son retentissement sur l'état général.			
Pour les reliquats divers, voir chapitres spéciaux.			
— 3 — COLONNE VERTÉBRALE			
(Voir « <i>Cou</i> » ainsi que le guide-barème pour l'évaluation de l'invalidité chez les <i>Déportés et Internés.</i>)			
I ^o Lésions traumatiques			
Le rachis peut être atteint de lésions traumatiques patentes ou latentes.			
Les fractures et luxations latentes ne sont pas exceptionnelles bien que souvent la radiographie les révèle seule ; il y a lieu d'en tenir compte, car elles sont susceptibles d'entraîner soit une fragilité anormale qui doit empêcher d'exercer toute profession de force, soit une ankylose progressive qui peut être relativement tardive.			
Les lésions évidentes peuvent déterminer de simples déviations peu importantes. Elles ne prennent de l'importance que quand elles déterminent des douleurs névralgiques (d'origine généralement radiculaire) ou des immobilisations. Elles deviennent très importantes quand elles provoquent une compression de la moelle ou de la queue de cheval.			
Fractures et luxations latentes (voir note ci-dessus) [sans trouble aucun ou avec douleurs ou paralysie initiales et passagères]	10 à 30		10 à 20
Déviations scoliotiques ou cyphotiques :			
Non douloureuse	0 à 9		
Douloureuse : il existe dans presque tous les cas des signes objectifs, tantôt évidents, tantôt très discrets, qu'il importe de rechercher minutieusement comme signes d'authenticité de la douleur : modification des réflexes, troubles objectifs de la sensibilité, attitudes révélatrices, atrophies musculaires, discordances motrices, réactions électriques anormales, etc. :			
	10 à 20		

a. Douleurs ostéo-articulaires : pesanteurs, tiraillements plus ou moins continus localisés au rachis, calmés par le repos			
b. Douleurs à forme de névralgies radiculaires, douleurs violentes, intermittentes ou paroxystiques, lancinantes, irradiant le long des nerfs intercostaux ou des nerfs des membres (suivant fréquence des crises)	15 à 40		
Immobilisation partielle de la tête et du tronc (avec ou sans déviation) :			
Sans douleurs	1 à 15		
Avec douleurs :			
Douleurs ostéo-articulaires	15 à 25		
Douleurs névralgiques	20 à 40		
Immobilisation avec déviation très prononcée et en position très gênante	45	65	20 à 50
Ankylose étendue après traumatisme vertébral :			
Souvent tardive après période de méditation :			
« spondylites traumatiques », maladies de Kammel.			
« cyphoses traumatiques » (selon douleurs et gêne fonctionnelle)	20 à 50		20 à 50
Paraplégie par traumatisme médullaire (évaluée avec les blessures de la moelle). Notons que la paralysie par lésion de la queue de cheval est plus souvent curable. Hémiplégie spinale (souvent légère) : Hémiplégie vraie (membre supérieur souvent plus atteint que l'inférieur) « évaluée avec les blessures de la moelle », (suivant côté et intensité). Monoplégie d'un membre inférieur (Voir <i>Encéphale</i> .)			
2o Lésions non traumatiques			
Des lésions non traumatiques peuvent être justiciables d'une indemnisation à la suite soit des fatigues du service, soit des traumatismes reçus qui auront pu jouer le simple rôle d'épine irritative ou créer un <i>locus minoris resistentiae</i> : il en est ainsi pour les maladies ankylosantes (rhumatisme, spondyloses), les localisations ostéo-myélitiques ou tuberculeuses au rachis, etc.			
Attitude vicieuse après affections longuement douloureuses (sciatique, etc.). [suivant persistance ou non des douleurs]	5 à 15		
Rhumatisme vertébral :			
Immobilisation douloureuse de la région lombaire (lombarthrie) selon le degré d'immobilisation et de douleurs	5 à 25		
Immobilisation douloureuse de la région cervicale	5 à 25		
Avec douleurs à forme névralgique irradiées le long des membres supérieurs ou inférieurs à forme de névrite brachiale ou crurale	20 à 40		
Spondylose rhizomélique (immobilisation du rachis, des hanches et des épaules) : l'immobilisation est limitée à la région lombaire, elle est modérément douloureuse, la mobilité des hanches n'est pas très réduite	20 à 30		
L'immobilisation porte sur toute la hauteur du rachis et sur les hanches (avec ou sans limitation de la mobilité des épaules)	30 à 80		
Dans le premier cas, il peut y avoir lieu de retarder l'indemnisation définitive, car il ne s'agit souvent que d'un premier degré.			
Séquelles d'ostéo-arthrite vertébrale infectieuse (suivant déviation, immobilisation ou douleurs)	15 à 35		
Mal de Pott (1)			

Voir le décret du 16 juin 1925 concernant l'évaluation des tuberculoses osseuses et articulaires, suivant que les lésions sont ou non consolidées.			
Bien entendu, s'il y a paraplégie, l'indemnisation doit être celle des paraplégies médullaires complètes ou incomplètes. Si la paraplégie tient à une lésion située au-dessous de la première lombaire. Il s'agit d'une paraplégie par lésion de la queue de cheval, généralement plus curable.			
(1) Voir circulaire no 571EMP du 24 juin 1958, p. 282.			
3o Anomalies vertébrales			
Les anomalies vertébrales (anomalies d'occlusion du rachis : spina bifida, vices de différenciation régionale, sacralisation, lombalisation, côtes cervicales, etc. ; syndromes de réduction numérique) ne donnent pas lieu à indemnisation, sauf s'il est survenu au cours du service une complication cliniquement incontestable et évidemment imputable au service.			
Anomalies vertébrales sans complications	0		
Avec complications imputables au service : douleurs, paralysies, troubles vaso-moteurs ou trophiques (à évaluer suivant les cas). a. Comme les douleurs par traumatisme vertébral (à évaluer suivant les cas) ; b. Comme les paralysies des nerfs périphériques généralement incomplètes, parfois multiples (à évaluer suivant les cas) ; c. Comme oblitérations veineuses partielles (à évaluer suivant les cas).			
— 4 — MOELLE			
Les affections de la moelle peuvent se montrer : Soit sous des formes aiguës ou complètement curables ; Soit sous des formes aiguës ou subaiguës, curables, mais avec persistance de séquelles plus ou moins graves ; Soit sous des formes chroniques, à évolution plus ou moins prolongée. Les affections du premier groupe ne donnent pas lieu à indemnisation. Les autres doivent uniquement être appréciées dans leurs séquelles persistantes ou définitives, se traduisent par des incapacités ou des gênes fonctionnelles évidentes. Ces incapacités se réduisent en pratique : Soit à des paralysies des membres symétriques (paraplégies) ;			
Soit à des paralysies des membres d'un même côté (hémiparaplégies spinales) ; Soit à des atrophies musculaires avec troubles proportionnels de la motilité ; Soit à des troubles objectifs ou subjectifs de la sensibilité ; Soit à des troubles des sphincters et à des troubles de la fonction génitale.			
Paraplégies médullaires (1)			
Paralysie des deux membres symétriques, soit supérieurs (paraplégie brachiale ou supérieure), soit inférieurs (paraplégie crurale ou inférieure). La paraplégie crurale étant de beaucoup la plus fréquente, le terme paraplégie sans adjonction s'entend alors pour désigner la paralysie des membres inférieurs.			

Ces diverses paraplégies peuvent être flasques ou spasmodiques, plus ou moins complètes, plus ou moins totales, accompagnées ou non de troubles sensitifs, trophiques, sphinctériens, génitaux. Elles peuvent, au point de vue de leur appréciation pour indemnisations, être distinguées en quatre groupes ;			
a. Paraplégie incomplète, légère, permettant la marche sans appuis, sans troubles gênants des sphincters et de la sensibilité, avec symptômes peu marqués de spasmodicité ou d'atrophie musculaire	20 à 40 (1)	65	
b. Paraplégie incomplète plus accentuée, permettant la marche mais nécessitant l'emploi habituel d'appuis (cannes ou béquilles) sans troubles permanents des sphincters	45 à 85 (2)	65	65
(1) Voir circulaire no 0361 CS/CD.DP du 27 octobre 1954, p. 274.			
(2) A moins que la dissociation de l'infirmité en ses différents éléments donne un pourcentage plus élevé (application de la circulaire 542 EMP du 31 mars 1953, voir p. 253) par suite, soit du mode de décompte du taux de la pension, soit du droit au bénéfice des dispositions des articles L. 17 et L. 36 à L. 40 du Code.			
c. Paraplégie incomplète, mais rendant la marche et la station debout très difficiles, avec atrophie musculaire ou état spasmodique très marqués, avec troubles des sphincters constants, abolition de la fonction génitale	90 à 95 (1)	65	
d. Paraplégie motrice complète des membres inférieurs	100 (2)	80 (2)	
Paraplégie complète avec troubles des réservoirs			100
Dans l'appréciation des paraplégies des membres supérieurs, beaucoup plus rares que celles des membres inférieurs, les évaluations devront être faites suivant l'échelle précédente, mais en tenant compte ici de l'impotence motrice plus ou moins grande, concernant les mouvements nécessaires aux soins corporels et à l'alimentation en particulier.			
Le bénéfice des dispositions de l'article L 18 du Code doit être attribué dans les cas de paraplégie grave ; dans le cas de troubles graves des sphincters ou de quadriplégie, les dispositions du troisième alinéa dudit article sont appréciables (double article 18) (1).			
Quadriplégie (1)			
Dans les cas exceptionnels de quadriplégie, on peut établir la distinction suivante :			
a. Quadriplégie incomplète permettant la marche avec ou sans appuis laissant une utilisation relative des membres supérieurs pour l'entretien corporel	60 à 90 (2)		
(1) Voir circulaire no 361 CS/CD.DP du 27 octobre 1954, p. 274.			
(2) A moins que la dissociation de l'infirmité en ses différents éléments (atteinte de chaque membre) donne un pourcentage plus élevé (application de la circulaire 542 EMP du 31 mars 1953, voir p. 253) par suite, soit du mode de décompte du taux de la pension, soit du droit au bénéfice des dispositions des articles L. 17 et L. 36 à L. 40 du Code. Il est à noter que pour une paraplégie complète, le décompte en infirmité multiples donne pour l'échelle de gravité de 1887 un taux supérieur à 80 %.			
b. Quadriplégie complète (troubles moteurs seuls).			
Si l'intéressé n'est pas bénéficiaire des dispositions de la loi du 22 mars 1935 ni du décret du 17 juin 1938 (art. L 17 et L 36 à L 40 du Code	100 (3)		
Dans le cas contraire, il convient d'évaluer séparément le déficit moteur de chacun des membres et les troubles accessoires			
Dans les cas de quadriplégie, l'attribution du bénéfice de l'article L 18 et du double article L 18 doit être également envisagée (1).			
Hémiplégie médullaire (1)			
a. Hémiplégie complète		80 (3)	100 (3)
Considérer successivement chacun des membres intéressés pour lui appliquer le pourcentage d'invalidité prévu au présent barème en ce qui concerne les troubles moteurs [voir chap. Ier du titre III : Paralysie totale d'un membre supérieur,			

paralysie totale d'un membre inférieur] (2).			
b. Hémiplégie incomplète		65	40 à 70
Évaluer séparément le déficit moteur de chacun des membres.			
Les troubles accessoires (aphasie, douleurs vives et persistantes, paralysie des nerfs crâniens, etc.), qui peuvent se surajouter aux troubles moteurs, doivent être évalués séparément.			
(1) Voir circulaire no 0361 CS/CD.DP du 27 octobre 1954, p. 274.			
(2) A moins que l'intéressé ne soit pas bénéficiaires des dispositions de la loi du 23 mars 1935, ni du décret du 17 juin 1938 auxquels cas il convient de faire une évaluation globale à 100 %.			
(3) A moins que la dissociation de l'infirmité en ses différents éléments donne un pourcentage plus élevé (application de la circulaire 542 EMP du 31 mars 1953 , voir p. 253) par suite, soit du mode de décompte du taux de la pension, soit du droit au bénéfice des dispositions des articles L 17 et L 36 à L 40 du Code. Il est à noter que pour une hémiplégie complète le décompte en infirmités multiples donne pour l'échelle de gravité de 1887 un taux supérieur à 80 %.			
L'application des dispositions de l'article L 18 du Code doit être discutée dans les cas d'hémiplégie complète.			
Atrophies musculaires médullaires			
Atrophies musculaires d'origine myélopathique (amyotrophies myélopathiques, atrophies névritiques du type Charcot-Marie).			
Les atrophies musculaires de cet ordre à indemniser peuvent être :			
Soit résiduelles et fixes ;			
Soit évolutives et progressives ;			
Soit exceptionnellement régressives.			
a. Les atrophies musculaires résiduelles et fixes constituent ordinairement les séquelles définitives d'affections médullaires guéries. Elles doivent être appréciées en tenant compte du segment corporel atteint, de l'étendue de l'atrophie, de sa profondeur de l'impotence motrice consécutive de la suppléance possible par les muscles sains voisins. Des examens d'électro-diagnostic seront toujours pratiqués par des électrothérapeutes qualifiés avant toute appréciation initiale, comme avant toute nouvelle estimation ultérieure.			
Bien que ces atrophies musculaires ne se limitent pas toujours à un segment déterminé de membre, il est plus commode de les évaluer segment par segment, étant entendu que l'on appréciera exclusivement l'impotence motrice qui résulte de l'atrophie et non pas l'atrophie elle-même.			

DÉSIGNATION DES INFIRMITÉS	POURCENTAGE d'invalidité		POURCENTAGE réservé aux bénéficiaires des articles L 12 et L 13 bis du Code lorsque ce pourcentage est plus avantageux	
	Barème 1919		Barème 1915	
	Côté actif	Côté passif	Côté actif	Côté passif
	p. 100	p. 100	p. 100	p. 100
<i>Membre supérieur</i>				
Atrophie des muscles de l'éminence thénar			5 à 10	0 à 5
Atrophie des muscles de la main	5 à 30	5 à 20		
Atrophie des muscles de l'avant-bras	10 à 40	10 à 30	5 à 30	5 à 20

Atrophie des muscles de la main et de l'avant-bras	20 à 60	20 à 50		
Atrophie des muscles du bras	10 à 40	10 à 30	5 à 30	5 à 20
Atrophie des muscles de l'épaule et de la ceinture scapulaire	10 à 40	10 à 30	5 à 20	5 à 10
Atrophie des muscles du bras, de l'épaule et de la ceinture scapulaire	20 à 60	20 à 50		
Atrophie complète avec impotence absolue d'un membre (1)	90	90	70	60
Atrophie complète avec impotence absolue des deux membres (2)	100 (3)		100 (3)	
		1919	1887	1915
		p. 100	p. 100	p. 100
Membre inférieur				
Atrophie des muscles du pied		5 à 15		
Atrophie des muscles de la jambe (région antéro-externe)		10 à 20		10
Atrophie des muscles de la jambe (en totalité)		10 à 30		30
Atrophie des muscles du pied et de la jambe		20 à 40		
Atrophie des muscles de la cuisse (région antérieure)		20 à 40		20
(1) Échelle de gravité de 1887 = 65 %.				
(2) Échelle de gravité de 1887 = 80 % (la dissociation en infirmités multiples donne un taux supérieur).				
(3) A moins que la dissociation de l'infirmité en ses différents éléments (atteinte de chaque membre) donne un pourcentage plus élevé (application de la circulaire 542 EMP du 31 mars 1953 , voir p. 253) par suite soit du mode de décompte du taux de la pension, soit du droit au bénéfice des dispositions des articles L 17 et L 36 à L 40 du Code.				

DÉSIGNATION DES INFIRMITÉS	POURCENTAGE d'invalidité	POURCENTAGE réservé aux bénéficiaires des articles L 12 et L 13 bis du Code lorsque ce pourcentage est plus avantageux	
		1887	1915
	p. 100	p. 100	p. 100
Atrophie des muscles de la cuisse (en totalité)	20 à 50		30
Atrophie des muscles de la ceinture pelvienne et de la masse sacro-lombaire	30 à 50		
Atrophie des muscles de la cuisse, de la ceinture pelvienne et de la masse sacro-lombaire	30 à 50		
Atrophie complète avec impotence absolue :			
D'un membre	00	65	60
Des deux membres	100 (1)	80 (1)	100 (1)
En cas de bilatéralité des lésions, appliquer le barème des infirmités multiples.			
D'une manière générale, dans l'appréciation des taux des atrophies musculaires précédentes et spécialement dans les cas d'atrophies multiples d'un ou de plusieurs membres, on ne devra pas procéder d'une façon purement arithmétique en additionnant les chiffres correspondants, mais on devra se servir de ces chiffres uniquement comme de bases proportionnelles d'évaluation. Le total ne devra jamais être supérieur aux chiffres extrêmes indiqués pour les atrophies totales, complètes, avec impotence absolue d'un ou de deux membres.			
<i>b. Les atrophies musculaires évolutives et progressives se rencontrent :</i>			

<p>Soit à titre de complication d'affections de la moelle épinière caractérisées individuellement. Dans ce cas, les atrophies musculaires ne donnent pas lieu à indemnités spéciales, les indemnités à adopter sont exclusivement celles des maladies causales. (Voir <i>Syringomyellie, Tabès, Myélites</i>, etc.)</p>			
<p>(1) A moins que la dissociation de l'infirmité en ses différents éléments (atteinte de chaque membre) donne un pourcentage plus élevé (application de la circulaire 542 EMP du 31 mars 1953, voir p. 2531 par suite, soit du mode de décompte du taux de la pension, soit du droit au bénéfice des dispositions des articles L 17 et L 26 à L 40 du Code.</p> <p>Il est à noter que le décompte en infirmités multiples donne pour l'échelle de gravité de 1887 un taux supérieur à 80 %.</p>			
<p>Soit à titre de symptômes primordiaux au début et dans le cours d'affections médullaires, où l'atrophie musculaire progressive reste le symptôme prédominant et constitue l'incapacité fonctionnelle unique ou presque unique. (Voir <i>Myélite syphilitique, Poliomyélite antérieure chronique, Sclérose latérale amyotrophique</i>, etc.)</p> <p>Des atrophies musculaires précédentes, il faut rapprocher les atrophies musculaires pouvant survenir, soit à la suite de névrites et polynévrites infectieuses, toxiques ou dyscrasiques, soit rachidiennes à la suite de lésions des racines, soit à la suite d'affections plus rares, telles que névrites chroniques progressives. (Voir <i>Névrites, Polynévrites, Paralysies radiculaires, Radiculites</i>, etc.)</p> <p>Les atrophies musculaires précédentes, d'origine myélopathiques, doivent être soigneusement distinguées des atrophies musculaires d'origine primitivement musculaire.</p> <p>c. Amyotrophies à tendance régressive. Certaines amyotrophies (entre autres postcommotionnelles) peuvent avoir une évolution régressive. Leur degré d'invalidité sera celui des amyotrophies résiduelles et fixes. Il y a intérêt à ne pas fixer prématurément un taux définitif.</p>			
<p>Troubles de la sensibilité d'origine médullaire</p>			
<p>Les troubles sensitifs, tant objectifs que subjectifs, se rencontrent très exceptionnellement comme seule manifestation clinique dans les affections de la moelle épinière. Ils accompagnent ordinairement les troubles moteurs.</p> <p>Les troubles objectifs de la sensibilité ne donnent pas lieu, d'une façon générale, à indemnités particulières, sauf dans les cas où ils s'accompagnent de troubles fonctionnels ou de lésions trophiques.</p>			
<p>Dans ces cas, les évaluations se feront en fonction exclusivement des incapacités ainsi provoquées. Dans les autres cas, ils seront compris dans l'évaluation globale des affections déterminantes. (Voir <i>Affections médullaires diverses</i>.)</p>			
<p>Les troubles subjectifs de la sensibilité (douleurs, paresthésies, etc.) peuvent exceptionnellement se montrer sans autres symptômes, surtout dans les lésions des racines rachidiennes. Ils doivent donner lieu, dans ces cas, à indemnisation. (Voir <i>Radiculites, Acroparesthésies</i>, etc.). Quand les troubles sensitifs subjectifs font partie de syndromes cliniques définis. Ils ne doivent pas donner lieu à une indemnisation particulière, sauf dans les cas exceptionnels de douleurs intenses et rebelles, qui peuvent alors comporter une majoration de</p>	<p>10 à 20</p>		
<p>Troubles sphinctériens et génitaux</p>			
<p>Les troubles des sphincters et les troubles de la fonction génitale se rencontrent très exceptionnellement comme manifestation isolées des maladies de la moelle épinière. On peut cependant observer de pareils troubles indépendamment de tous autres symptômes, moteurs ou sensitifs, dans certaines lésions limitées du cône médullaire terminal et de la queue-de-cheval. On peut les rencontrer de même</p>			

comme séquelles plus ou moins durables ou même définitives d'affections médullaires.			
Les troubles sphinctériens et de la fonction génitale, aussi bien que les complications qui ne font pas partie du syndrome moteur de la paraplégie doivent donner lieu à évaluation séparée et à indemnisation supplémentaire ; l'évaluation de l'invalidité doit être faite en fonction des indications figurant ci-dessous.			
<i>Troubles sphinctériens</i>			
Pour les troubles concernant le sphincter vésical, voir au titre VIII : Appareil génito-urinaire. — Vessie et uretère.			
Rétention fécale :			
a. Pouvant se corriger par les moyens habituels d'évacuation rectale	5		
b. Rétention rebelle entraînant des symptômes de coprosiase	10 à 30		
Incontinence fécale :			
a. Incomplète ou intermittente et rare	10 à 25		
b. Complète et fréquente	30 à 70		
Troubles génitaux :			
Abolition des érections ou diminution considérable ne permettant pas les rapports sexuels (considérée comme manifestation isolée de lésions organiques médullaires ou radiculaires)	20		
Priapisme incoercible et douloureux suivant l'intensité et la fréquence (considéré comme manifestation isolée de lésions organiques médullaires ou radiculaires)	10 à 20		
Traumatisme de la moelle			
Les plaies de la moelle constituent le plus souvent toute la gravité des traumatismes de la colonne vertébrale. (Voir <i>Fractures et luxations du rachis.</i>) Elles se traduisent cliniquement par des paralysies plus ou moins complètes en aval du point traumatisé, par des troubles des réflexes de la sensibilité des sphincters, par des troubles trophiques. Les symptômes se présentent différemment suivant la région atteinte (région cervicale, dorsale, lombaire, cône terminal, queue-de-cheval).			
La guérison survient ordinairement dans les sections incomplètes et dans les atteintes inférieures. Cependant des séquelles peuvent persister. (Voir <i>Paraplégies, Atrophies musculaires, Troubles sphinctériens et génitaux.</i>) Les compressions de la moelle peuvent s'exercer sur la moelle elle-même de l'atlas à la deuxième vertèbre lombaire. Au-dessous de celle-ci, il faut ajouter les compressions de la queue-de-cheval. Sur toute la hauteur du rachis, il faut aussi comprendre les compressions des racines rachidiennes. Les compressions peuvent apparaître, soit brusquement sous l'influence d'un traumatisme direct, soit lentement à la suite de tumeurs (bénignes ou malignes) de la moelle ou des méninges, de tuberculose ou de syphilis osseuses vertébrales, etc. Les symptômes provoqués par les compressions sont différents suivant la hauteur des régions comprimées (région cervicale, cervico-dorsale, dorsale, dorso-lombaire, sacrée, radiculaire, queue-de-cheval). [Voir <i>Paraplégies, Atrophies musculaires, Troubles sensitifs, Sphinctériens, génitaux, etc.</i>]			
Hématorachis. — Hématomyélie			
L'hématorachis ou hémorragie des méninges rachidiennes réalise le plus souvent une compression de la moelle. L'hémorragie est collectée et extradurale, ou diffuse, avec présence de sang dans le liquide céphalo-rachidien. Les symptômes sont ordinairement passagers et complètement curables. Rarement on observe des séquelles paralytiques, sensitives ou sphinctériennes durables.			
L'hématomyélie, ou hémorragie de la moelle, peut survenir soit après un			

<p>traumatisme, soit dans le cours de myélites diverses soit après commotions par explosions, soit encore dans la décompression atmosphérique brusque (caissons à air comprimé, caisses à plongeurs, etc.). Elle se traduit ordinairement par des phénomènes paraplégiques d'abord flasques, puis spasmodiques, par des troubles sensitifs, trophiques, sphinctériens, etc., qui peuvent en totalité ou en partie persister définitivement.</p> <p>(Voir <i>Paraplégies, Atrophies musculaires, Troubles sphinctériens, Commotions, etc.</i>).</p>			
<p>Myélites</p>			
<p>Les myélites aiguës peuvent succéder à toutes les infections et intoxications. Elles peuvent compliquer toutes les lésions traumatiques ou inflammatoires du voisinage de la moelle. Elles peuvent déterminer des lésions localisées multiples ou diffuses. Elles se manifestent dans une période aiguë par des symptômes divers de paraplégie flasque, de troubles sensitifs, trophiques, sphinctériens, etc. Elles peuvent guérir complètement ou en laissant des séquelles qui sont ordinairement des troubles paraplégiques ou amyotrophiques.</p> <p>(Voir <i>Paraplégies, Atrophies musculaires, etc.</i>)</p> <p>Les myélites peuvent aussi être chroniques d'emblée et provoquer immédiatement les troubles précédents.</p> <p>(Voir mêmes chapitres.)</p> <p>Parmi les myélites chroniques, les plus fréquentes sont les myélites dues à la syphilis. En principe ces myélites syphilitiques ne donnent pas lieu à indemnisation. Par exception, dans les cas d'indemnisation, les causes d'imputabilité doivent être nettement évidentes et démonstratives.</p>			
<p>Poliomyélites antérieures</p>			
<p>La poliomyélite antérieure aiguë est une myélite Infectieuse localisée aux cornes antérieures de la moelle. Elle se montre chez les hommes surtout de 20 à 40 ans. Elle se manifeste par des signes pareils à ceux de la paralysie infantile. Elle laisse habituellement comme celle-ci des séquelles, telles que atrophies musculaires, troubles moteurs, déformations ostéo-articulaires, etc. (Voir surtout <i>Atrophies musculaires.</i>)</p> <p>La poliomyélite antérieure chronique est une affection caractérisée par l'atrophie progressive des cornes antérieures de la moelle, et par les traits cliniques suivants : affection de l'adulte, de l'homme surtout. Évolution extrêmement lente. Atrophie musculaire, bilatérale et symétrique à progression ascendante, des membres supérieurs surtout du type dit Aran-Duchenne. Troubles des réactions électriques, diminution ou abolition des réflexes tendineux, pas de troubles des sphincters, pas de troubles de la sensibilité, pas de signes de spasmodicité. Évolution progressive mais quelquefois avec rémissions et même arrêts.</p> <p>En pareils cas le taux d'indemnisation devra être fixé suivant l'intensité et l'étendue de l'atrophie musculaire au moment de la décision. (Voir <i>Atrophies musculaires.</i>)</p>			
<p>Syphilis de la moelle</p>			
<p>La syphilis médullaire est extrêmement fréquente. Elle est toujours à rechercher dans tous les syndromes médullaires. Elle se manifeste sous les formes les plus variées (méningite spinale, myélites aiguës et subaiguës, myélites chroniques d'emblée, méningo-myélites aiguës et subaiguës, poliomyélites, etc.) Son aspect clinique le plus fréquent est la paraplégie spasmodique à évolution chronique.</p>			

La syphilis de la moelle, en principe, ne comporte pas d'indemnisation. Dans les cas où l'Indemnisation peut être accordée, les raisons d'imputabilité doivent être toujours évidentes et démonstratives.			
Tabès dorsalis. — Ataxie locomotrice progressive			
Le tabès étant une maladie reconnaissant pour cause déterminante la syphilis, il ne peut être, en principe, imputé au service militaire. Il peut cependant donner lieu à indemnisation dans les cas relativement rares de contagion syphilitique imputable, ou de causes aggravantes manifestes, telles que traumatismes, infections ou intoxications à l'occasion du service.			
Le tabès se traduit en clinique par des stigmates de syphilis chronique du système nerveux (troubles pupillaires en particulier), par des signes de réactions méningées syphilitiques mises en évidence par la ponction lombaire et l'examen du liquide céphalo-rachidien et par des symptômes traduisant l'inflammation subaiguë et progressive du système postérieur de la moelle (douleurs à type fulgurant ou similaires, perte des réflexes tendineux, troubles des sphincters, incoordination motrice, etc.). On peut rencontrer dans le tabès les complications les plus variées et les plus graves (crise viscéralgiques, troubles trophiques, arthropathies, atrophies musculaires, cécité, etc.).			
Si le tabès donne lieu à indemnisation, le taux de celle-ci ne sera jamais calculé en additionnant les incapacités multiples résultant des symptômes différents, mais il sera établi suivant l'échelle suivante :			
Tabès léger, à symptomatologie fruste, douleurs et troubles sphinctériens modérés, sans perte très manifeste de la coordination motrice, ou tabès enrayé par le traitement et ne comportant pas de troubles fonctionnels très gênants	15 à 25		
Tabès moyen avec douleurs tabétiques fréquentes, troubles évidents de la sensibilité profonde, incoordination motrice gênant la marche et la station	25 à 45	63	
Tabès constitué			60 à 80
Tabès grave ou avec arthropathies compromettant l'usage des membres ou ataxie gênant très fortement la marche	50 à 70 (1)	65	
Tabès très grave avec complications articulaires oculaires, etc	70 à 100 (1)		
En cas d'association tabo-paralytique, l'évaluation sera celle de la paralysie générale.			
Scléroses combinées			
Les scléroses combinées sont des affections médullaires subaiguës ou chroniques, se caractérisant par l'évolution progressive de lésions scléreuses des cordons postérieurs et latéraux de la moelle, réalisant des syndromes rappelant soit le tabès, soit la paraplégie spasmodique, soit les troubles cérébelleux. Elles peuvent succéder aux anémies pernicieuses, à des intoxications telles que ergotisme, tathyrisme, pellagre, etc.			
(Pour l'évaluation, voir <i>Tabès, Paraplégies, Syndromes cérébelleux, etc.</i>).			
Sclérose latérale amyotrophique			
Affection associant l'atrophie des cellules antérieures de la moelle à la sclérose des faisceaux pyramidaux. Affection de l'âge adulte. Évolution bilatérale d'amyotrophie progressive, à début dans les extrémités supérieures. Signes de spasmodicité aux quatre membres. Sensibilité et sphincters normaux. Fréquence d'envahissement bulbaire terminal avec syndrome lablo-glosso-laryngé. Peut être ainsi évaluée suivant les formes cliniques et l'intensité des troubles fonctionnels, tous symptômes compris :			
(1) A moins que la dissociation de l'infirmité en ses différents éléments donne un pourcentage plus élevé par suite, soit du mode de décompte du taux de la pension, soit du droit au bénéfice des dispositions des articles L 17 et L 36 à L 40 du Code.			
Formes frustes ou très lentement progressives	30 à 50		

Formes médullaires spasmodiques	40 à 60 (1)		
Formes à amyotrophie rapidement progressive ou avec troubles bulbares	80 à 100 (1)		
Syringomyélie			
Affection caractérisée par la formation de cavités dans la moelle. Frappe surtout les adultes de 25 à 30 ans. Peut parfois apparaître après traumatisme et avoir pour point de départ une hématomyélie. Se traduit par une association de syndromes des cornes postérieures, des cornes antérieures et des faisceaux pyramidaux. Évolution lente et progressive d'amyotrophie des membres supérieurs, avec signes de spasmodicité généralisée, troubles très marqués de la sensibilité avec dissociation spéciale sensitive, troubles trophiques et vasomoteurs. Extension possible des lésions vers le bulbe. Longue durée de l'évolution.			
La syringomyélie pouvant se présenter sous des formes d'intensité et de gravité différentes pourra être évaluée suivant l'échelle suivante :			
Formes frustes ou très lentes avec troubles fonctionnels modérés	20 à 40		70
Formes plus progressives à amyotrophie limitée avec phénomènes spasmodiques gênants	40 à 60 (2)		70
Formes amyotrophiques graves avec troubles trophiques accentués ou troubles bulbares	60 à 100 (2)		70
Ces chiffres s'entendent tous symptômes et complications compris.			
(1) A moins que la dissociation de l'infirmité en ses différents éléments (atteinte des membres et des nerfs crâniens) donne un pourcentage plus élevé par suite, soit du mode de décompte du taux de la pension, soit du droit au bénéfice des dispositions des articles L 17 et L 36 à L 40 du Code.			
(2) A moins que la dissociation de l'infirmité en ses différents éléments donne un pourcentage plus élevé par suite, soit du mode de décompte du taux de la pension, soit du droit au bénéfice des dispositions des articles L 17 et L 36 à L 48 du Code.			
Paralysies radiculaires des plexus lombaire et sacré — Syndrome de la queue-de-cheval.			
Les racines du plexus lombaire et du plexus sacré peuvent être atteintes en totalité par des lésions siégeant au niveau de la deuxième vertèbre lombaire ou bien en partie dans leur trajet au niveau de la queue-de-cheval, c'est-à-dire au niveau des faisceaux radiculaires qui se trouvent au-dessous de la terminaison de la moelle (bord supérieur ou milieu du corps de la deuxième vertèbre lombaire) et qui sont représentés par les trois dernières racines lombaires, les racines sacrées et coccygiennes.			
Les lésions de la queue-de-cheval peuvent être observées à l'état isolé, soit après un traumatisme vertébral (fracture ou luxation de la colonne lombaire ou du sacrum), soit après une lésion osseuse inflammatoire ou néoplasique des vertèbres lombaires ou du sacrum, soit à la suite de compressions (tumeurs intra-rachidiennes) ou encore à la suite d'inflammation des racines elles-mêmes (radiculites et méningo-radiculites). Quelle que soit la cause, l'atteinte radiculaire peut être limitée à quelques racines seulement, les deux côtés ou d'un seul. On peut rencontrer en clinique, parmi les syndromes de la queue-de-cheval, un type lombo-sacré complet, un type lombo-sacré moyen, un type sacré pur, des types unilatéraux et des types partiels. Dans tous les cas, le repérage des racines atteintes se fera d'après la topographie radiculaire des troubles de la motilité et de la sensibilité, en se reportant au mode de distribution des racines.			
Les syndromes de la queue-de-cheval se traduisent par des paralysies des membres inférieurs, plus ou moins complètes et limitées, du type périphérique, avec atrophie musculaire plus ou moins intense et troubles des réactions électriques, par de l'abolition des réflexes tendineux et cutanés dans les territoires atteints, par des troubles subjectifs et objectifs de la sensibilité, par des troubles sphinctériens et des troubles génitaux.			

<p>Certaines lésions de la queue-de-cheval, traumatiques surtout, ont une tendance régressive très marquée. En pareil cas, il sera nécessaire pour fixer le taux définitif d'Indemnisation d'attendre la fin de cette régression et la constitution des séquelles permanentes.</p> <p>Pour les degrés d'Invalidité à admettre dans les syndromes de la queue-de-cheval, voir <i>Lésions des nerfs périphériques, Radiculites, Paraplégies médullaires, Atrophies musculaires médullaires, Troubles sensitifs médullaires, Troubles sphinctériens et génitaux médullaires.</i></p>			
— 5 — BULBE			
<p>Les lésions du bulbe peuvent entraîner des incapacités durables, caractérisées soit par des symptômes d'hémiplégie alterne, soit par des paralysies Isolées ou associées de certains nerfs crâniens, soit par des syndromes cliniques spéciaux.</p>			
<p>Hémipléioie bulbaire alterne inférieure</p> <p>(Voir <i>Hémiplégie alterne</i>)</p> <p>Syndrome bulbaire</p>			
<p>Paralysies ordinairement associées et unilatérales du voile du palais, de la corde vocale du même côté du sterno-cléido-mastoïdien, du trapèze, de la langue, etc., désignés suivant les différents complexes cliniques sous les noms de syndromes de Avellis, de Schmidt, de Jackson, de Tapis, etc. (Voir <i>Paralysies des nerfs crâniens.</i>)</p>			
Paralysie labio-glosso-laryngée			
<p>Syndrome de paralysie progressive plus ou moins lente, des muscles de la langue, des lèvres, de la mâchoire, du pharynx et du larynx avec troubles cardiaques et respiratoires terminaux. Évolution plus ou moins lente et plus ou moins complète en quelques mois ou quelques années. Se rencontre, le plus souvent, dans le cours de la sclérose latérale amyotrophique, de la syringomyélie, du tabès, etc. (Voir <i>Sclérose latérale amyotrophique, Siringomyélie, Tabès, etc.</i>).</p>			
<p>Se montre exceptionnellement à l'état de syndrome primitif et pur. Dans ce cas, doit être évalué suivant l'intensité des phénomènes paralytiques, les gênes fonctionnelles qui en résultent et la tendance plus ou moins progressive</p>	60 à 100		
<p>Paralysie bulbaire asthénique</p> <p>Syndrome de Erb Goldliam</p> <p>Myasthénie bulbaire</p>			
<p>Affection relativement rare, évoluant avec céphalées, asthénie musculaire accentuée, plosis, optalmoplégies, paralysies faciales, troubles de la phonation, de la mastication et de la déglutition, paralysie des muscles du cou, etc. Paralysies mobiles et fugaces ordinairement. Rémissions habituelles plus ou moins prolongées, avec reprises sans causes apparentes. Évolution en plusieurs années. Doit être évaluée tous symptômes compris, suivant l'intensité des incapacités fonctionnelles, de l'impotence musculaire et de la rapidité de l'évolution.</p>			
<p>Myasthénies légères, sans paralysies durables, ou sans gêne fonctionnelle considérable ou avec rémissions longues</p>	30 à 60		
<p>Myasthénies plus graves</p>	60 à 80		
— 6 — NERFS CRANIENS			
<p>Les réactions des nerfs crâniens peuvent dépendre de lésions traumatiques ou reconnaître une étiologie non traumatique. Le contrôle radiographique et l'examen électrique seront souvent nécessaires.</p>			

<p>I. S'il y a eu traumatisme, il faudra distinguer la blessure endo-crânienne de la blessure exo-crânienne.</p> <p><i>a.</i> La blessure endo-crânienne qui frappe les nerfs crâniens s'accompagnera le plus souvent de paralysie multiple de ces nerfs et d'atteinte plus ou moins grave du parenchyme nerveux de voisinage (hémiparésie alterne, paralysie bulbaire, quadriplégie, etc.) ;</p> <p><i>b.</i> Par contre, la lésion traumatique exo-crânienne du massif osseux facial peut n'intéresser qu'un seul nerf crânien : nerf facial, nerf trijumeau, nerf spinal externe, nerf hypoglosse, etc.</p> <p>II. Les lésions des nerfs crâniens, d'ordre non traumatique, reconnaîtront soit une origine toxi-infectieuse, sinusites, otites, syphilis, encéphalite épidémique, diabète, rhumatisme, soit une compression par néoformation de voisinage (ganglions tuberculeux par exemple) :</p> <p><i>a.</i> Il est évident que le degré d'invalidité d'une lésion traumatique de la base crânienne avec syndrome associé des nerfs crâniens et du parenchyme cérébral ressortit au barème des traumatismes crânio-cérébraux ;</p> <p><i>b.</i> Le degré d'invalidité des paralysies du nerf optique, des amauroses partielles ou totales, unies ou bilatérales, ainsi que des paralysies des nerfs moteurs oculaires, sera également évalué au barème spécial des lésions de l'œil et de ses annexes ;</p> <p><i>c.</i> Le degré d'invalidité des réactions isolées ou associées traumatiques exo-crâniennes, ou non traumatiques des nerfs crâniens, doit tenir compte, non seulement de la gêne directe motrice ou sensitive consécutive à la lésion nerveuse, mais du préjudice causé par la défiguration et par l'atteinte au système dentaire, etc.</p> <p>Nerf olfactif. Anosmie simple (unilatérale ou bilatérale). Se référer au barème d'oto-rhino-laryngologie.</p> <p>Nerf optique. (Voir barème d'acuité visuelle.)</p> <p>Nerfs moteurs oculaires :</p> <p>Ptosis unilatéral (état définitif).</p> <p>Ptosis bilatéral.</p> <p>Diplopie permanente et définitive.</p> <p>Diplopie épisodique variable. (Se référer au barème des affections oculaires.)</p> <p>Nerf trijumeau :</p> <p>Anesthésie simple, sans douleur, par section d'une bande périphérique (nerf sus-orbitaire, maxillaire supérieur, maxillaire inférieur).</p> <p>Algie avec ou sans anesthésie :</p>			
Algie du type intermittent « Ile douloureux »	25 à 70		
Algie du type continu sympathologique	20 à 80		
Nerf facial.			

Syndrome de paralysie, paralysie du type périphérique :			
Paralysie totale et définitive avec réaction de dégénérescence complète	40		20
Paralysie partielle et définitive	10 à 30		10
(La paralysie faciale totale ou partielle du type périphérique peut être considérée comme définitive après un délai évolutif de deux ans.)			
Paralysie bilatérale totale suivant l'intensité et l'état des réactions électriques	20 à 50		
Syndrome d'excitation.			
Contracture post-paralytique suivant la défiguration	0 à 10(1)		
Spasmes (hémispasme facial dit essentiel) ou post-paralytique :			
Crises rares	Moins de 10		
État spasmodique avec crises répétées	10 à 20		
Nerf auditif. Surdité unilatérale ou bilatérale, bourdonnements, bruits divers, association de vertiges. (Voir barème spécial oreilles.)			
Nerf glosso-pharyngien :			
Paralysie unilatérale même avec « mouvement de rideau » constricteur moyen	0		
Paralysie bilatérale exceptionnelle (évaluation suivant le degré des troubles fonctionnels observ�es)	5 à 10		
Paralysie du voile du palais (avec g�ene sensible de la déglutition)			20 à 40
En général r�eeducation, réadaptation rapides de la fonction.			
Nerf pneumogastrique :			
Paralysie unilatérale isolée. N'est décelable par aucun trouble (qu'il s'agisse de pneumogastrique droit ou gauche)	0		
La paralysie bilatérale isolée n'existe pas.			
Nerf spinal externe (atrophie du trapèze et du sterno-cléido-mastoïdien, chute de l'épaule, déviation en dehors du bord spinal du scapulum, faiblesse de la main homologue (en général, réadaptation suffisante dans le délai de un à deux ans, à cause de l'innervation double des muscles trapèze et sterno-cléido-mastoïdien par le plexus cervical profond)	5 à 25		
Nerf hypoglosse :			
Hémi-atrophie de la langue et réaction de dégénérescence unilatérale	10		
Bilatérale (exceptionnelle)	50 à 60	65	70
Les réactions isolées des nerfs crâniens concernent surtout le nerf facial, le nerf trijumeau et les nerfs moteurs oculaires, avec le nerf optique, moins fréquemment le nerf spinal externe.			
Les quatre derniers nerfs crâniens et principalement le glosso-pharyngien, l'hypoglosse, le pneumogastrique avec association ou non du spinal externe sont le plus souvent, à cause de leur proximité de cheminement, de leur voisinage tronculaire, int�eress�es globalement (syndrome paralytique des quatre derniers nerfs crâniens, syndrome du trou d�echir�e postérieur, syndrome du carrefour condylo-d�echir�e postérieur) suivant le degré des troubles fonctionnels et suivant défiguration	10 � 60 (1)		
— 7 — CRANE			
décret no 74-516 du 17 mai 1974 (JO du 22 mai)			
Io lésions des enveloppes cutanées et osseuses. (2)			
Lésions du cuir chevelu avec phénomènes douloureux dus à des cicatrices vicieuses, ou à des névralgies par inclusions nerveuses cicatricielles sans lésions osseuses	0 � 15		
Scalp ou brûlures du cuir chevelu avec cicatrices douloureuses	0 à 15		

Scalp avec troubles douloureux ou hystériques			15 à 30
(1) Indemnisation de la défiguration, voir p. 154.			
(2) Les brèches doivent être décrites d'une façon précise par indication de leur configuration géométrique, à l'exclusion de toute comparaison avec une pièce de monnaie, et de leurs mensurations. Une radiographie peut, dans certains cas, apporter des renseignements intéressants.			
Enfoncement de la table externe des os du crâne	0 à 10		
En aucun cas, s'il existe une perte de substance osseuse d'au moins 1 cm ² jusqu'à 4 cm ² inclus, si minimales que soient les phénomènes subjectifs, l'invalidité ne pourra être inférieure à	30		
Perte de substance du crâne de 11 cm ² sans saillie de la dure-mère			20
Perte de substance du crâne, quelle que soit sa dimension avec saillie de la dure-mère			30
Perte de substance osseuse supérieure à 4 cm ² jusqu'à 12 cm ² inclus, avec battements dure-mériens et impulsions à la toux	40		
Brèche osseuse supérieure à 12 cm ² , battements et impulsions à la toux sans signes subjectifs	50		
En cas de plusieurs pertes de substances osseuse, chaque perte de substance, à l'exclusion des trous de trépan, sera appréciée suivant ses dimensions et constituera une infirmité distincte.			
Cicatrice étendue et profonde du crâne avec perte de substance du péricrâne et des os dans toute leur épaisseur provenant d'un traumatisme ou d'une opération		65 (1)	
Persistence de corps étrangers intra-crâniens (à l'exclusion du matériel neurochirurgical mis en place dans un but thérapeutique) :			
a. S'il n'y a aucun phénomène surajouté, suivant le nombre, volume, localisation des corps étrangers	20 à 60		
b. S'il y a en outre des troubles fonctionnels, les apprécier suivant la valeur de chacun (voir hémiplégie, aphasie, etc.).			
2o Troubles neuropsychiques post-traumatiques			
Le problème des troubles neuropsychiques après traumatismes crâniens s'est en partie transformé depuis 1920. A cette date, régnait une conception étiopathogénique qui distinguait « commotion » et « émotions » consécutives aux traumatismes. Si la conception de Pierre Marie du « syndrome subjectif des traumatisés du crâne » avait le mérite de tenter de réhabiliter le « subjectif » aux yeux du corps médical l'évolution de la psychiatrie et de la neurologie du triple point de vue théorique, méthodologique et thérapeutique, rendait cependant nécessaire une réévaluation des catégories pathologiques rencontrées après les traumatismes.			
(1) Ce taux conformément aux dispositions des circulaire no 24EMP du 5 mai 1922 et circulaire no 4494DC du 14 juin 1923, s'applique aux Brèches crâniennes dont la surface atteint ou dépasse 10 centimètres carrés.			
De la précision et des modalités de l'expertise dépendront non seulement une juste réparation, mais aussi l'évolution des troubles dont on sait combien ils sont intrigués avec les représentations sociales et parfois aggravés par les erreurs psychologiques commises par l'environnement social, familial, ou médical. C'est dans cette optique qu'une méthodologie rigoureuse comportant même un protocole précis est indispensable. Cette démarche devrait s'étaler sur un laps de temps suffisant pour que les examens soient effectués sur un sujet détendu, dans des conditions psycho-biologiques optima.			
L'examen du sujet comprendra :			

<p>Des investigations sur les circonstances précises de l'accident ou de la blessure, sur la perte de connaissance, sur l'existence d'une amnésie rétrograde.</p> <p>Un entretien peu directif de durée suffisante.</p> <p>Un examen clinique neurologique poussé.</p> <p>Éventuellement, des explorations paracliniques complémentaires : électroencéphalogrammes, radiologiques, examens cochléo-vestibulaires, examen ophtalmologiques.</p> <p>Un examen psychologique approfondi systématique avec, dans la mesure du possible, mise en œuvre de tests (tests d'efficiences, tests projectifs, questionnaires de personnalité).</p> <p>Dans la démarche sémiologique et la réflexion clinique, il importe de ne pas s'enfermer dans une distinction du « subjectif » et de « l'objectif » qui peut être génératrice de malentendus et d'approximation, « subjectif » n'entraînant pas forcément l'hypothèse d'une étiopathogénie psychogène.</p> <p>Les états pathologiques rencontrés dans la pratique courante constituent le plus souvent des groupements complexes où s'intriquent sur le plan pathogénique le pôle psychonévrotique, l'aspect réactionnel à la situation actuelle et enfin l'aspect fonctionnel ou lésionnel organique.</p>			
<p>Ce qu'on appelle couramment « syndrome subjectif » s'avère souvent un tableau permettant un certain démembrement clinique et pathogénique. Un symptôme simple en apparence peut ressortir de déterminations multiples, parfois chez le même patient : il peut en être ainsi de la « céphalée » qui peut répondre, non seulement aux mécanismes somatiques habituels, mais aussi à des processus psychofonctionnels, ou encore à une fixation hypocondriaque. Les pseudo-vertiges peuvent, de même, être rapportés à des réalités psychiques complexes.</p> <p>Les aspects essentiels des troubles neuropsychiques post-traumatiques comprennent :</p> <p>Le syndrome subjectif post traumatique proprement dit avec : céphalées ou sensations céphaliques très variées — étourdissements et impression d'instabilité, parfois de caractère vertigineux — troubles visuels et auditifs.</p> <p>Il s'y rattache souvent des symptômes évoquant plus précisément un pôle psychologique tels que : asthénie physique et psychique, troubles sexuels, insomnie, troubles de la concentration intellectuelle, aspects dépressifs souvent marqués, plaintes hypocondriaques, modifications du caractère (irritabilité, agressivité), labilité, émotionneté, éléments de dépersonnalisation avec angoisse.</p> <p>La durée habituelle moyenne de ces troubles va de trois mois (après le traumatisme ou la fin du coma initial éventuel) à deux ans, mais il existe des exceptions à cette règle.</p> <p>On ne prendra en considération que le syndrome subjectif dont les premières manifestations sont apparues dans les suites proches du traumatisme et les plus grandes réserves seront faites lorsque ce syndrome apparaîtra après un délai de dix-huit mois.</p> <p>A côté de ce tableau de syndrome post-traumatique classique, des évolutions névrotiques ou psychotiques peuvent se rencontrer :</p>			

Névroses traumatiques proprement dites.			
Symptomatologie hystérique ou phobique.			
Réorganisation pathologique de la personnalité (états de dépendance affective, régressions massives, états limites, évolution psychopatique).			
Organisations psychotiques : délire hypocondriaque ; délire paranoïaque (type délire de revendication).			
Le terme de « sinistrose » devra être abandonné parce que trop imprécis et souvent dénaturé par l'usage.			
Les attitudes de revendications pathologiques, de même que l'hystérisation, sont des symptômes qui doivent être considérés comme faisant partie des tableaux cliniques.			
Les troubles déficitaires touchant les fonctions neuropsychologiques supérieures doivent être diagnostiqués et évalués au moyen de la clinique et des examens psychométriques susceptibles de les objectiver : ces troubles peuvent être des syndromes focaux (syndrome frontal même fruste, aphasia même latente) ou toucher la mémoire ou l'efficacité intellectuelle du sujet (détérioration, états démentiels).			
Indemnisation (1)			
Syndrome dit « subjectif post-traumatique » :			
a. Caractérisé par une symptomatologie modérée essentiellement céphalique et psycho-sensorielle.	10		
b. Caractérisé par une symptomatologie dans laquelle sont surajoutés en plus des éléments isolés décrits dans les catégories ci-dessous :			
Troubles névrotiques et psychotiques post-traumatiques, états déficitaires neurologiques et psychiatriques	20		
(1) Cf. circulaire no 57EM du 16 janvier 1975, page 305.			
Troubles névrotiques et psychotiques post-traumatiques :			
1o États névrotiques post-traumatiques :			
Névroses traumatiques, manifestations phobiques, hystériques	10 à 40		
2o Troubles de la personnalité :			
Régressions affectives	10 à 60		
État « frontière »			
Psychopathies			
3o Organisations psychotiques :			
Hypochondrie délirante, délire paranoïaque	40 à 100		
États déficitaires neurologiques et psychiatriques :			
1o Troubles neurologiques :			
Hémiplégies, bémianopie	Voir barème		
Troubles cérébelleux, troubles sensitifs			
2o Troubles des fonctions supérieures :			
a. Troubles phasiques (suivant la gravité)	10 à 80		
Troubles praxognosiques	10 à 70		
Troubles mnésiques	10 à 70		
b. Syndrome frontal	30 à 100		
c. États démentiels	Voir barème		

Dans l'évaluation de l'invalidité on devra tenir compte des retentissements névrotiques secondaires au déficit.			
Épilepsies post-traumatiques	Voir barème		
Troubles cochlée-vestibulaires post-traumatiques	Voir barème		
Troubles ophtalmologiques post-traumatiques	Voir barème		
— 8 — MÉNINGES			
Méningites. — États méningés			
Pour l'indemnisation des reliquats de ces affections, se reporter aux divers chapitres du barème.			
— 9 — ENCÉPHALE			
Hémiplégie organique			
Voir au chapitre IV, Moelle, Hémiplégie médullaire ou organique d'origine centrale.			
Monoplégie organique			
a. Totale et complète est exceptionnelle ; le plus souvent est associée à des signes d'hémiplégie :			
Membre supérieur :			
Côté actif	85	65	60
Côté passif	85	65	60
Membre inférieur	85	65	60
b. Partielle et incomplète :			
Membre supérieur :			
Côté actif	30 à 80		10 à 40
Côté passif	30 à 80		10 à 40
Membre inférieur	30 à 80		
Paraplégie organique d'origine cérébrale			
Dans la très grande majorité des cas est incomplète.			
Pour l'évaluation, voir plus haut les paraplégies médullaires.			
Aphasie (Complète est exceptionnelle)			
a. Avec difficulté de l'élocution, sans altération considérable du langage intérieur et sans déficit mental appréciable	10 à 30		
b. Avec impossibilité de correspondre avec ses semblables (altération du langage intérieur)	60 à 80	80	
Éventuellement, ajouter le déficit mental.			
Diplégie cérébrale			
Marche impossible	100 (1)	80 (1)	100 (1)
Marche possible suivant le degré d'atteinte des membres inférieurs	30 à 90(1)	65	70
Syndrome pseudo-bulbaire			
Apprécier :			
a. Les troubles paralytiques suivant leur intensité :			
Hémiplégie complète. (Voir ce mot.)			
Hémiplégie incomplète. (Voir ce mot.)			
(1) A moins que la dissociation de l'infirmité en ses différents éléments (atteinte de chaque membre) donne un pourcentage plus élevé par suite, soit du mode de décompte du taux de la pension, soit du droit au bénéfice des dispositions des articles L 17 et L 36 à L 40 du Code.			

Il est à noter que le décompte en infirmités multiples pour une « diplégie avec marche impossible » donne pour l'échelle de gravité de 1887 un taux supérieur à 80 %.

Paraplégie incomplète. (Voir ce mot.)			
Paraplégie complète (Voir ce mots.)			
<i>b. Les troubles bulbaires. (Voir Syndromes des nerfs crâniens.)</i>			
<i>c. Les troubles mentaux.</i>			
Éventuellement, application de l'article L 18 dans les conditions indiquées ci-dessus pour l'hémiplégie organique complète.			
Paralysie labio-glosso-laryngée			
(Voir aussi <i>Sclérose latérale amyotrophique.</i>) Doit être appréciée d'après l'importance et l'étendue des troubles bulbaires (prononciation, déglutition, mastication, etc.) en se reportant au taux de la paralysie des nerfs crâniens correspondants. (Voir <i>Syndrome des nerfs crâniens.</i>)			
Syndrome cérébelleux			
Caractérisé par les troubles de l'équilibre statique (vertiges, catatonie, etc.) et de l'équilibre cinétique (démarche titubante, asynergie, hypermétrie, adiadococinésie, etc.).			
Unilatéral (comparer au degré d'hémiplégie correspondant) :			
Côté actif	10 à 80		
Côté opposé	10 à 75		
Bilatéral (comparer au degré de diplégie correspondant)	30 à 100		
Paralysies alternes			
Apprécier d'abord l'hémiplégie comme ci-dessus.			
En outre, pour les paralysies pédonculaires, se reporter en plus au taux des paralysies oculaires.			
Pour les paralysies protubérantielles, se reporter en plus au taux des paralysies des nerfs crâniens.			
Le taux des paralysies des nerfs crâniens surajoutées à l'hémiplégie sera un appoint, mais sera évalué à un chiffre inférieur à celui des paralysies isolées des nerfs crâniens.			
Syndromes parkinsoniens			
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 postencéphalitique 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 :			
1o 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 ;			
2o 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			

hémiparalysique ;			
3o Des troubles intellectuels. Les malades sont le plus souvent asthéniques, déprimés, irritables, mais pouvant, dans certains cas, présenter même des troubles mentaux importants ;			
4o Des troubles de la parole, des troubles de la déglutition et de la salivation exagérée ;			
5o 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 incapacités suivant des modalités dont nous ne pouvons donner ici que quelques exemples			
1o Syndrome parkinsonien unilatéral avec ou sans tremblements			
Côté actif	10 à 50		
	10 à 45		
Côté opposé	30 à 60 (1)		
2o Syndrome parkinsonien incomplet	30 à 80 (1)		
3o Syndrome parkinsonien avec troubles de la parole et de la déglutition et salivation exagérée			
4o Troubles mentaux surajoutés. (Voir <i>Troubles mentaux.</i>)			
5o Syndrome parkinsonien confirmé à une période avancée avec possibilité de suspension et application de l'article L 18.	80 à 100 (1) (2)		
(1) A moins que la dissociation de l'infirmité en ses différents éléments (impotence de chaque membre et les différents troubles accessoires) donne un pourcentage plus élevé par suite soit du moule de décompte du taux de la pension, soit du droit au bénéfice des dispositions des articles L 17 et L 36 à L 40 du Code.			
(2) Le syndrome parkinsonien à un état avancé peut être, en application de l'instruction ministérielle no 0291 CS/CD.DP du 24 juin 1956, assimilé à une paraplégie complète et de ce fait être indemnisé comme telle.			
Mouvements involontaires. — Tremblements, myoclonies, chorée, athétose			
Post-émotionnels. (Voir <i>Névroses.</i>)			
Post-traumatiques. (Voir <i>Hémiplégie et traumatisme crânien.</i>)			
Post-encéphaliques et autres, à apprécier suivant la localisation et l'intensité (comparer aux paralysies organiques incomplètes d'origine cérébrale)	10 à 60 (1)		
Torticollis dit mental	20 à 40		
Spasmes type crampe des écrivains, à apprécier suivant la localisation, en comparant à une paralysie partielle d'un nerf périphérique	0 à 30		
Chorée chronique			
Non progressive (d'après la gêne résultant des mouvements)	10 à 90		
Progressive (chorée d'Huntington) d'après la gêne résultant des mouvements et d'après l'état mental	10 à 100		
Tumeurs cérébrales			
Les blessures, traumatismes ou accidents infectieux n'agissent guère que comme causes occasionnelles qui révèlent une tumeur latente et accélèrent la production des symptômes. Il est donc nécessaire pour justifier l'imputabilité au service que l'apparition des troubles avant-coureurs et des premiers symptômes survienne peu de temps après le traumatisme.			
Les innombrables syndromes auxquels elles donnent lieu suivant leur localisation			

pourront parfois être évalués par l'expert par analogie avec une autre affection de même localisation. (Voir <i>syndromes corticaux, hémiplégie, monoplégie, aphasie, thalamiques et extrapyramidaux hypophysaires, pédonculaires, protubérantiels, bulbaires, cérébelleux, des nerfs crâniens etc.</i> .)			
(1) A moins que la dissociation de l'infirmité en ses différents éléments (impotence de chaque membre et les différents troubles accessoires) donne un pourcentage plus élevé par suite, soit du mode de décompte du taux de la pension, soit du droit au bénéfice des dispositions des articles L 17 et L 56 à L 40 du Code.			
Mais le plus souvent le syndrome soumis à l'expertise se sera simplement manifesté, au moins dans les premières phases de l'évolution, par un certain nombre de signes cliniques diffus, dus principalement à l'hypertension crânienne : céphalée pénible, vertiges, radiculalgies des nerfs crâniens, etc., dont quelques-uns d'ailleurs peuvent retenir très notablement sur le taux de l'invalidité. Tels :			
— le trouble visuel, allant de la simple diminution de l'acuité visuelle à la cécité complète (voir le barème des affections oculaires).			
— les crises épileptiformes (voir <i>Épilepsie</i>).			
— les troubles psychiques (voir <i>Psychoses</i>). Dans ce cas, l'on devra ajouter au taux du syndrome de localisation un taux correspondant à l'invalidité supplémentaire amenée par l'ensemble des symptômes diffus. Dans le cas où l'absence d'un de ces derniers symptômes graves rend plus incertaine l'évaluation, celle-ci s'inspirera de l'échelle suivante d'appréciation :			
Syndromes frustes ou lentement progressifs (révélant un processus néoformatif au début ou faiblement évolutif) et caractérisé par des signes d'hypertension crânienne légère sans trouble visuel	20 à 55		
(L'existence de troubles visuels peut augmenter le taux de 10 à 100.)			
Syndromes d'hypertension crânienne plus pénibles réduisant notablement l'activité sociale et retentissant sur l'état général (amaigrissement, etc.)	60 à 75		
Syndromes (d'évolution rapide ou avancée) caractérisés par l'adjonction aux signes d'hypertension crânienne, soit de symptômes graves de localisation, soit de réactions neurologiques ou psychiatriques enchevêtrées, permanentes ou épisodiques : tous syndromes rendant peu à peu le malade incapable de tout travail et aboutissant (au bout d'un temps très variable) à l'alitement permanent	80 à 100		
(Avec ou sans adjonction de l'article L 18.)			
Sclérose en plaques			
La sclérose en plaques est une maladie infectieuse du névraxe, se montrant surtout entre 10 et 40 ans, se traduisant cliniquement par une évolution lentement progressive, des poussées avec rémission, des symptômes tels que vertiges, nystagmus, trouble de la parole, tremblement intentionnel, état spasmodique généralisé, troubles de la station et de la marche, etc.			
Elle peut être évaluée suivant l'intensité des troubles fonctionnels de la façon suivante :			
1o Formes lentes frustes, peu évolutives, peu accentuées	20 à 40		60 à 70
2o Formes progressives avec gêne plus ou moins accentuée des mouvements de la station ou de la marche	40 à 60 (1)		
3o Formes graves avec troubles moteurs considérables ou phénomènes bulbaires	60 à 100 (1) (2)		
Ces évaluations s'entendent tous symptômes et complications compris.			
(1) A moins que la dissociation de l'infirmité en ses différents éléments (impotence de chaque membre et les différents troubles accessoires) donne un pourcentage plus élevé par suite soit du mode de décompte du taux de la pension, soit du droit au bénéfice des articles L 17 et L 36 à L 40 du Code.			
(2) La sclérose en plaques à un état avancé peut être, en application de l'instruction ministérielle no 0291 CS/CD.DP du 24 juin 1963, assimilée à une paraplégie complète et de ce fait être indemnisée comme telle.			
Encéphalite épidémique et encéphalo-hyérite			

(Voir les chapitres spéciaux, notamment) :			
Troubles des nerfs crâniens.			
Troubles médullaires.			
Troubles névritiques.			
Troubles mentaux.			
Troubles myocloniques.			
Troubles sensoriels.			
Troubles parkinsoniens.			
— 10 — ÉPILEPSIES			
décret no 74-516 du 17 mai 1974 (JO du 22 mai)			
Épilepsies traumatiques et non traumatiques			
Le diagnostic d'épilepsie traumatique et non traumatique doit être fait sur la base d'éléments cliniques et d'investigations complémentaires parmi lesquelles l'électroencéphalographie prend une place importante.			
Compte tenu du type de crises, l'expert doit classer l'épilepsie dans l'une des trois catégories suivantes :			
Crises généralisées ;			
Crises unilatérales ou à prédominance unilatérale ;			
Crises partielles ou à début localisé.			
La fréquence des crises doit être soigneusement interprétée compte tenu de la posologie et de l'efficacité du traitement.			
Un sujet qui présente une crise épileptique isolée ne doit pas être considéré comme atteint d'épilepsie. La perte de connaissance brève est un cas particulier qui mérite une confrontation des données cliniques tant générales que neurologiques et complémentaires pour pouvoir être rapportée à un état épileptique.			
Crises rares		65	25 à 30
Crises se produisant toutes les deux ou trois semaines			50
Crises se renouvelant plusieurs fois par jour (accès subintrants)		65	100
Crises généralisées :			
<i>a.</i> Crises généralisées communes suivant l'intensité, la fréquence et les caractères des crises		65 à 80	
<i>b.</i> Crises généralisées graves avec retentissement notable et continu sur l'activité générale, avec troubles caractériels, troubles mentaux en relation avec l'épilepsie		80 à 100	
Crises unilatérales ou à prédominance unilatérale et crises partielles ou à début localisé (équivalents épileptiques, absences en particulier, épilepsies jacksoniennes) :			
<i>a.</i> Crises sans altération de la conscience, suivant l'intensité, la fréquence et les caractères des crises		10 à 40	
<i>b.</i> Crises avec altération de la conscience, suivant l'intensité, la fréquence, les caractères des crises et surtout suivant le type d'altération de la conscience		65 à 80	
— 11 — SYSTÈME SYMPATHIQUE			
On tend à réunir sous ce vocable le système nerveux régulateur des fonctions de nutrition et de reproduction. Il comprend essentiellement le grand sympathique ou orthosympathique et le système vagal ou parasympathique, dont les fibres végétatives du pneumogastrique forment la partie principale.			
Actuellement, il n'y a pas lieu de faire un chapitre spécial pour la pathologie du sympathique. Il suffit de situer les troubles du sympathique dans les chapitres topographiques adéquats :			

a. Nerfs périphériques. — L'incapacité est augmentée par l'adjonction de troubles sympathiques : causalgie, sympathalgie, troubles vaso-moteurs, sécrétoires, trophiques, réflexes, troubles physiopathiques sympathogénétiques.			
b. Causalgie. — La douleur brûlante décrite par Welr-Mitchell dans certaines blessures des nerfs contenant des éléments sympathiques (médian, sciatique) est curable et souvent sous la dépendance d'un facteur constitutionnel (caractère inquiet) ; elle persévère quelquefois. Son évaluation doit s'ajouter à celle de la blessure des nerfs, mais ne doit pas faire s'élever l'incapacité totale au-dessus de 80.			
c. Paralysie radiculaire du plexus brachial du type inférieur Klumpke :			
Côté actif	60		30
Côté opposé	50		26
avec syndrome de Claude-Bernard-Horner, en plus	5		
d. Nerf pneumogastrique. — Se distribuant au poumon, au cœur et au tube digestif, le pneumogastrique a dans ses troubles une physionomie viscérale. On doit donc se reporter aux affections assimilables. L'asthme mérite cependant d'être étudié avec le pneumogastrique, car il est l'expression respiratoire de son excitabilité anormale. Son incapacité peut être ramenée à deux paliers : Asthme sans signes permanents d'affection pulmonaire. (Voir <i>Barème des affections pulmonaires</i>).			
Asthmes avec signes permanents d'affection pulmonaire selon la gravité. (Voir <i>Barème des affections pulmonaires</i> .)			
e. Sympathique cervical :			
Syndrome d'excitation (mydriase, exophtalmie, élargissement de la fente palpébrale, pâleur, hypéridrie)	5		
Avec hypéridrose, anhidrose marquée unilatérale.	10		
Syndrome de paralysie (myosis, anophtalmie, rétrécissement de la fente palpébrale, rougeurs, anhidrie)	5 à 10		
f. Sympathiques thoraco-abdominal. — Les blessures et les affections de la chaîne sympathique dorsolombaire, outre les troubles cutanés vaso-moteurs, pilomoteurs, sécrétoires et trophiques, se manifestent par des troubles du rythme cardiaque, du débit sanguin pulmonaire, du transit digestif, de la sécrétion urinaire ou surrénale. Les lésions sans manifestations viscérales ont une incapacité de	5 à 10		
Avec manifestations viscérales, leur incapacité doit être établie en se reportant aux affections thoraco-abdominales correspondantes.			
g. Sympathose diffuse. — L'analyse des troubles nerveux consécutifs aux accidents n'est pas épuisée quand on a ramené les unes à une lésion organique du système nerveux et les autres à une origine psychique, émotion, pithiatisme, exagération, simulation, revendication. Rentrent dans la sympathose diffuse les troubles nerveux d'origine physiopathique à physionomie vasomotrice, pilomotrice, sécrétoire, viscérale, qu'on peut ramener à deux types principaux :			
1o Sympathose diffuse à prédominance vagotonique ou d'hyperexcitabilité du pneumogastrique (asthénie et anxiété surtout matinales, pouls lent, réflexe oculo-cardiaque exagéré, tendance aux sueurs, aux syncopes, à l'asthme, à l'hyperchlorhydrie, à la constipation), syndrome physiopathique, dont la constatation au cours d'une neurasthénie posttraumatique, par exemple, doit la faire considérer comme sérieuse et entraîner une incapacité de	10 à 50		
2o Sympathose diffuse à prédominance orthosympathique répondant à la psychonévrose émotive de Dupré (ataxie vaso-motrice avec hyperémotivité et tachycardie, réflexe pilomoteur exagéré, tendance à l'hypertension artérielle, l'insomnie, la mydriase, l'élévation de la température, la glycosurie)			

Syndrome physiopathique, dont la constatation au cours d'une hystéro-neurasthénie post-traumatique par exemple, doit la faire considérer comme sérieuse et entraîner une incapacité de	10 à 50		
Glandes endocrines (1)			
La pathologie des glandes à sécrétion interne est encore obscure en certains points. Aussi ne seront envisagées tel que les affections endocrines, dont la symptomatologie est aujourd'hui assez précise pour permettre une application pratique.			
a. Corps thyroïde. — Les perturbations thyroïdiennes comprennent, d'une part, les tumeurs dont font partie les goitres simples (voir <i>Goitres, Tumeurs</i>) et, d'autre part, les syndromes liés à des perturbations des sécrétions glandulaires (syndrome de Basedow, insuffisance thyroïdienne).			
1o Le syndrome de Basedow ou goitre exophtalmique est caractérisé par l'exophtalmie, l'augmentation du corps thyroïde, la tachycardie, le tremblement, l'augmentation du métabolisme de base, l'hyperémotivité, etc.			
Depuis les formes légères jusqu'aux formes mortelles tout à fait exceptionnelles, le goitre exophtalmique présente une série de variétés entraînant des différences d'incapacité. On peut à ce point de vue admettre trois paliers :			
Goitre exophtalmique sans troubles viscéraux et avec bon état général	5 à 20		
Goitre exophtalmique avec troubles viscéraux et amaigrissement	25 à 50		
(1) Voir également décret no 53-438 du 16 mai 1953, p. 295.			
Goitre exophtalmique avec troubles viscéraux graves et cachexie très prononcée et persistante	55 à 100		
2o Myxœdème. — Le myxœdème ou cachexie strumiprive est l'expression syndromique de l'insuffisance thyroïdienne.			
Au point de vue de l'invalidité on doit distinguer deux paliers :			
Le myxœdème sans troubles mentaux graves	25		
Myxœdème avec troubles mentaux graves (voir <i>Troubles mentaux</i>)	55 à 100		
3o Syndrome léger d'insuffisance thyroïdienne. — Dans un certain nombre de cas, l'insuffisance thyroïdienne, tout en existant, ne se caractérise pas par un myxœdème franc, mais seulement par du retard du développement, une petite taille, de la tendance à l'obésité, de la frilosité, de l'apathie, de la torpeur intellectuelle ou de la somnolence, des tendances aux douleurs articulaires et à la constipation	5 à 20		
b. Parathyroïdes. — Des syndromes parathyroïdiens ne sera retenue que la tétanie liée à une insuffisance parathyroïdienne telle qu'on l'a observée après des thyroïdectomies. L'insuffisance calcique parathyroïdienne n'est d'ailleurs que le facteur le mieux connu ; la tétanie peut dépendre d'autre cas :			
Forme légère et intermittente avec bon état général	5 à 15		
Forme grave avec atteinte de l'état général	20 à 50		
c. Hypophyse. — Sans entrer dans la discussion des relations réciproques de la région du tuber cirénéum et de l'hypophyse dans le mécanisme des syndromes dits hypophysaires, nous ne retiendrons parmi eux que l'acromégalie et le gigantisme et, d'autre part, le syndrome adiposogénital.			
Diabète sucré ou insipide	5 à 30		30 à 70
Acromégalie			
L'acromégalie ou maladie de Pierre Marie est caractérisée par l'hypertrophie de l'extrémité céphalique, des pieds et des mains et par l'élargissement de la selle turcique liée à une hypertrophie hypophysaire.			
Déformation simple, avec troubles fonctionnels	5 à 15		

En cas d'hémianopsie, cécité, etc., voir les chapitres correspondants.			
Gigantisme			
Le gigantisme hypophysaire est, peut-on dire, l'acromégalie du jeune homme dont les cartilages juxtaépiphyseaires ne sont pas ossifiés.			
Gigantisme simple	0		
Gigantisme hypophysaire ou infundibulotubérien avec troubles fonctionnels (infantilisme, débilité mentale)	5 à 20		
d. Macrogénitosomie. — Quoique très mal connue, la physiopathologie de la glande pinéale permet cependant de considérer la macrogénitosomie comme pouvant être l'expression d'un trouble évolutif d'origine pinéale. La macrogénitosomie est un syndrome caractérisé par le développement très précoce des organes génitaux avec l'apparition des caractères sexuels secondaires			
e. Capsules surrénales. — La physiopathologie des surrénales permet d'envisager trois groupes distincts, le syndrome d'Addison, l'insuffisance surrénale sans addisonisme et l'hyperépiphrie.			
Syndrome d'Addison :			
Il est caractérisé par la mélanodermie cutanéomuqueuse avec asthénie, fatigabilité musculaire rapide, hypotension artérielle et douleurs lombaires. Ce syndrome est, en général, lié à la tuberculose surrénale. L'incapacité qu'il entraîne doit être évaluée par palier	20 à 100		
L'insuffisance surrénale sans mélanodermie :			
Elle se caractérise par l'asthénie, la fatigabilité musculaire, l'hypotension artérielle susceptible d'augmentation par la moindre toxi-infection. Elle diminue considérablement la résistance du malade et doit entraîner une invalidité par palier	20 à 100		
Hyper-épiphrie :			
Elle est caractérisée par l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie et quelquefois la glycosurie. L'hyper-épiphrie est souvent liée à la sclérose rénale. (Voir <i>Néphrite chronique</i> .)	10 à 30		
f. Testicules. — Dans la pathologie des testicules sont à envisager séparément l'insuffisance de spermatozoïdes et les troubles de la sécrétion entraînant des syndromes tels que l'infantilisme, l'eunuchisme et le féminisme.			
Infantilisme :			
L'infantilisme est un syndrome caractérisé par la persistance de la morphologie et de la physiologie de l'enfance avec l'absence de puberté et de caractères sexuels secondaires.			
Syndrome adipo-génital :			
Il est caractérisé par une adiposité générale d'aspect féminin et une insuffisance des organes génitaux avec absence des caractères sexuels secondaires.			
Léger	10 à 20		
Grave	20 à 40		
Féminisme :			
Le féminisme est un syndrome caractérisé par un aspect morphologique féminin développé chez le jeune homme par suite d'une insuffisance endocrine des testicules empêchant le développement des caractères sexuels secondaires	5 à 15		
Eunuchisme :			
L'eunuchisme est un syndrome génito-dystrophique tel que les malades prennent souvent l'aspect de vieilles femmes et ont une sénilité précoce liée à leur insuffisance testiculaire. Dans sa forme accentuée, l'eunuchisme répond à la gérodermie génito-dystrophique de Romme	5 à 30		
g. Ovaires. — Le guide-barème ne s'applique pas seulement aux militaires, mais aux victimes civiles de la guerre, infirmières, etc. Il y a donc lieu d'envisager les			

syndromes résultant de perturbations ovariennes, 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 à voir avec un accident à indemniser. Il est bien entendu qu'il ne faut pas considérer parmi les syndromes de l'insuffisance ovarienne les manifestations habituelles vaso-motrices, sudorales trophiques et psychiques qui accompagnent souvent la ménopause physiologique même précoce. Ne seront donc envisagés que trois aspects des troubles ovariens : l'hyperovarie, l'hypoovarie et l'anovarie.			
Hyperovarie :			
L'hyperovarie est caractérisée par l'intensité et la fréquence des règles, la fréquence de l'hyperthyroïdie concomitante, l'accentuation des caractères sexuels féminins. L'hyperovarie est plus un mode constitutionnel qu'un véritable syndrome et n'entraîne par suite aucune invalidité.			
Hypoovarie :			
Elle est caractérisée par la diminution ou la suppression des règles, des bouffées de chaleur, l'exagération de l'excitabilité du pneumogastrique avec ralentissement du pouls, des tendances à l'obésité. L'insuffisance ovarienne peut entraîner une invalidité qu'on peut ramener à deux paliers selon qu'elle s'accompagne ou non de troubles mentaux et viscéraux. Dans le premier cas invalidité	5 à 15		
Dans le second cas. (Voir <i>Troubles mentaux et viscéraux.</i>)			
Anovarie :			
La suppression totale des fonctions ovariennes, qu'elle soit chirurgicale, thérapeutique ou consécutive à un accident, doit être prise en considération d'autant plus qu'elle survient à un âge plus éloigné de l'âge habituel de la ménopause physiologique			
L'invalidité variera donc de	20 à 30		
— 12 — MUSCLES			
a. Atrophies musculaires myopathiques. Ces myopathies primitives sont des affections à caractère ordinairement héréditaire et familial survenant chez les enfants et les adolescents mais peuvent apparaître plus tardivement chez les jeunes gens et même chez les adultes. Ces myopathies se montrent sous différents types cliniques, où l'atrophie musculaire progressive apparaît soit d'une façon évidente, soit sous une forme dissimulée et avec une pseudo-hypertrophie des muscles (myopathie pseudo-hypertrophique, paralysie pseudo-hypertrophique de Duchesne). Ces types cliniques se distinguent aussi les uns des autres par la localisation plus intense dans certains groupes musculaires de la face, du bras, de l'épaule et de la ceinture scapulaire, des membres inférieurs, etc. (myopathie facio-scapulo-humérale, myopathie scapulo-humérale, type Landouzy-Déjerins, type Erb, type Leyden-Mobiles, type Zimmerlin, Licherst, etc.).			
Quand il sera nécessaire d'évaluer les incapacités résultant des myopathies primitives progressives, on devra fixer les taux, non pas tant sur la constatation de la forme clinique observée, que sur la localisation de l'atrophie musculaire, son extension, la rapidité de l'évolution progressive et surtout les impotences fonctionnelles déjà acquises et celles à prévoir par la marche envahissante de l'affection. Dans ces conditions, on pourra admettre pour taux d'incapacité les chiffres suivants :			
Myopathies primitives, progressives avec atteinte localisée ou presque localisée aux membres inférieurs	30 à 60 (1)		
Myopathies avec atteinte localisée ou presque localisée aux membres supérieurs et à la ceinture scapulaire	40 à 70 (1)		
Myopathies avec atteinte de la face	50 à 90 (1)		

Myopathies avec atteinte de la face et gêne considérable de la mastication, de la déglutition, de la phonation, etc.	100 (1)		
Atrophie musculaire progressive ayant envahi tout un membre, ou incomplètement deux membres ou s'étendant aux muscles du tronc		65	
Atrophie musculaire progressive constituée			60 à 70
En dehors des atrophies musculaires précédentes, myélopathiques ou myopathiques, fixes ou progressives, il faut rappeler ici l'existence relativement rare d'atrophies musculaires, d'aspect clinique variable, de localisations et d'intensité différentes, de pathogénie encore incertaine, pouvant se rencontrer à la suite de maladies infectieuses graves et même de commotions nerveuses. Ces atrophies musculaires peuvent être définitives, comme elles peuvent être régressives et même disparaître après un temps plus ou moins long.			
<i>b. Atrophies musculaires myélopathiques (voir plus haut).</i>			
(1) A moins que la dissociation de l'infirmité en ses différents éléments (impotence de chaque membre et les différents troubles accessoires) donne un pourcentage plus élevé par suite, soit du mode de décennie du taux de la pension, soit du droit au bénéfice des dispositions des articles L 17 et L 34 à L 40 du Code.			

13

OS ET ARTICULATIONS

En cas de complication ostéo-articulaire, voir les chapitres spéciaux du guide-barème.

14

TROUBLES PSYCHIQUES DE GUERRE (12)

(voir également le guide-barème pour l'évaluation de l'invalidité chez les Déportés et Internés).

CHAPITRE IER 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 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, claires, 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*, 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 *CIM* 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**

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 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'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 d'une durée qui ne saurait être inférieure à trois quarts d'heure est nécessairement long. Il existe 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**

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 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 II ASPECTS CLINIQUES

Section A ***Psychosyndrome traumatique (névrose traumatique)***

La névrose traumatique de guerre (ou en relation avec des catastrophes naturelles ou tout autre événement exceptionnel à caractère individuel ou collectif) doit être considérée 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***

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 », état stuporeux) ;
- 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**

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 manifestations 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 ;

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

Taux d'invalidité : cf. CHAPITRE III.

Section D **Etats schizophréniques et délires non schizophréniques au long cours**

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 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 ou 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 ;
- paraplégies.

Taux d'invalidité : cf. CHAPITRE III.

Section E ***Etats psychotiques aigus***

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***

Un épisode isolé résolusif 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-dessus.

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*

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*

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 III. INDEMNISATION

L'attribution des pourcentage 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) à 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 ;
- destruction 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'administrateur.

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'anxiété 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.

DESIGNATION DES INFIRMITES	POURCENTAGE	pourcentage
----------------------------	-------------	-------------

	d'invalidité	réservé aux bénéficiaires des articles L 12 et L 13 du Code lorsque ce pourcentage est plus avantageux	
		1887	1915
	p. 100	p. 100	p. 100
IV OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE ET STOMATOLOGIE			
FACE			
-1- Vastes mutilations			
Les pourcentages indiqués sont indépendants des pourcentages de défiguration (13) ; les uns et les autres doivent s'additionner.			
Perte de l'œil, l'orbite et le maxillaire supérieur d'un côté		80	80
Perte des deux maxillaires supérieurs, avec perte de l'arcade dentaire, de la voûte palatine et du squelette nasal	90 à 100	80	80
Perte du maxillaire inférieur dans la totalité de sa portion dentaire	90 à 100	65	
Perte d'un maxillaire supérieur avec communication bucco-nasale et perte de la totalité de l'arc mandibulaire	100	80	80
Perte d'un seul maxillaire supérieur avec conservation de l'autre et conservation de l'arc mandibulaire	70		
Perte d'un maxillaire supérieur avec communication bucco-nasale et perte de substance plus ou moins étendue de l'arc mandibulaire	70 à 90	65	
(Pour apprécier ce dernier pourcentage, il convient de tenir compte du rapport des portions restantes des deux maxillaires : si elles se correspondent et portent encore des dents, l'invalidité est moindre que s'il n'y a plus concordance des fragments restant des arcades dentaires.)			
Dans tous les cas envisagés à ce chapitre, si les lésions cicatricielles ou des pertes de substance de la langue accompagnent les pertes osseuses, le pourcentage doit être porté à 100.			
Perte de la mâchoire inférieure en totalité et de la langue		80	80
— 2 — Mutilations limitées			
A. Maxillaire supérieur			
a. <i>Pseudarthrose</i>			
La pseudarthrose du maxillaire supérieur est rare : l'intervention chirurgicale, greffe ostéopérlostique, qui donne d'excellents résultats, doit toujours être conseillée.			

Grande mobilité de la totalité du maxillaire supérieur (disjonction crâne-faciale), mastication impossible	60 à 80	65	
Mobilité d'un fragment plus ou moins étendu du maxillaire supérieur, l'autre portion restant fixe, suivant l'étendue de la portion mobile et la possibilité de mastication	20 à 50		
<i>b. Perte de substance</i>			
Voûte palatine seule, les arcades dentaires étant conservées, suivant l'étendue et le siège	10 à 30		
Voûte palatine et voile du palais	40 à 60	65	
Voûte palatine et une portion plus ou moins étendue de l'arcade dentaire, suivant l'étendue de la perte de substance de l'arcade, et l'importance de la communication avec le nez et le sinus maxillaire	30 à 60	65	
(A son degré maximum, cette mutilation rejoint la perte totale du maxillaire supérieur.)			
Consolidation vicieuse : suivant le degré de l'engrènement des dents restantes et leur valeur de mastication	15 à 30		
B. Maxillaire inférieur			
<i>a. Pseudarthrose</i>			
Vaste perte de substance osseuse, avec pseudarthrose très lâche et perte des dents ; il ne reste qu'une ou deux molaires sans engrènement avec leurs antagonistes	60 à 85	65	
Pseudarthrose du corps du maxillaire moins étendue et moins lâche et il reste encore quelques dents sur les moignons permettant une certaine fonction de mastication	40 à 50		
Dans ces cas, l'appareillage prothétique n'apporte qu'une amélioration esthétique : la greffe ostéopériostique, seule, apporte une amélioration fonctionnelle en permettant un appareillage utile.			
Pseudarthrose du corps du maxillaire peu étendue et serrée suivant le degré de conservation de la force masticatrice et suivant le coefficient dentaire	20 à 40		
Pseudarthrose de la branche montante. Grosse perte de substance, pseudarthrose très lâche et déviation du maxillaire. Apprécier le degré de la force masticatrice et du trouble de l'articulé dentaire	20 à 40	65	
Pseudarthrose serrée, perte de substance peu importante, faible déviation, mouvements conservés	10 à 20		5 à 10
<i>b. Consolidations vicieuses</i>			
Suivant le degré de l'engrènement des dents restantes et leur valeur de mastication	15 à 20		
<i>c. Articulation temporo-maxillaire</i>			
Ankylose osseuse, Immobilisant complètement le maxillaire inférieur, permettant à peine le passage des liquides	100	65	
Luxation Irréductible : apprécier le degré de gêne fonctionnelle en étudiant les mouvements possibles et l'engrènement dentaire dans l'occlusion maxima	10 à 50		33
Luxation récidivant suivant la fréquence et la gravité des récurrences et suivant la gêne fonctionnelle	5 à 20		
<i>d. Constriction des mâchoires</i>			

Rechercher la cause, lésions musculaires, brides cicatricielles ou constrictions psychiques.			
Constriction légère des mâchoires			0
Ouverture permettant le passage des aliments liquides et demi-liquides, ouvertures de 10 millimètres et au-dessous	20 à 60		
Ouverture de 10 à 30 millimètres avec possibilité de mastication	5 à 20		20 à 30
Troubles surajoutés par brides cicatricielles labiales entravant l'hygiène buccale, la prononciation et cause d'autres désordres : perte de la salive etc.	20 à 50		
<i>e. Langue</i>			
Amputation partielle de la langue avec très léger degré de gêne de la parole, de la mastication, de la déglutition	10 à 30		
Amputation étendue avec gêne fonctionnelle	35 à 75		
Amputation totale	80		
Paralysie de la langue, sensibilité et mobilité. (Voir <i>Neurologie</i> , p. 109.)			
<i>f. Voile du palais</i>			
Paralysie du voile du palais, (Voir <i>Neurologie</i> , p. 109.)			
<i>g. Dents</i>			
Rechercher l'origine de la perte des dents. La polycarie et la pyorrhée sont des affections constitutionnelles, leur aggravation est rarement imputable au service. Étudier aussi les conditions de la prothèse et le coefficient de mastication.			
La prothèse sera fournie au mutilé toutes les fois qu'elle sera possible et utile.			
a. Il reste un coefficient de mastication supérieur à 40 % et la prothèse est possible dans de bonnes conditions (1)	10		
b. Coefficient de mastication inférieur à 40 %. Prothèse possible et fonctionnelle bonne (1)	10 à 20		
c. Coefficient de mastication supérieur à 40 % mais prothèse difficile et fonctionnellement défectueuse (1)	10 à 20		
d. Coefficient de mastication inférieur à 40 % et prothèse fonctionnelle insuffisante (1)	20 à 40		
<i>h. Fistule salivaire</i>			
Persistante avec écoulement constant de la salive			10 à 30
(1) Le coefficient exact de mastication, avec production du schéma odontologique, doit être déterminé suivant les prescriptions de la circulaire 554 du 23 avril 1955 (voir p. 276).			
Défiguration selon le degré d'importance	10 à 100 (1)		
<i>NEZ</i>			
— 1 — Mutilations extérieures du nez			

Les mutilations du nez sont consécutives à des pertes de substances des parties constituantes du nez. Les mutilations de la pyramide nasale sont un des facteurs les plus graves de défiguration et un des plus difficiles à corriger.			
Indépendamment des souffrances d'ordre moral et des inconvénients professionnels qui peuvent en résulter, ces mutilations entraînent en règle générale, des troubles respiratoires plus ou moins graves, soit en créant par atrésie un obstacle au courant d'air respiratoire, soit, au contraire, en déterminant une largeur anormale des fosses nasales, ce qui rend difficile l'expulsion des sécrétions et des croûtes par mouchage.			
On ne saurait envisager ici que les mutilations traumatiques, les mutilations par syphilis tertiaire ou par lupus ne pouvant être imputées au service militaire, en dehors de circonstances étiologiques très spéciales.			
Taux d'invalidité			
Les chiffres ci-dessous se réfèrent exclusivement aux troubles fonctionnels, la défiguration devant être indemnisée en sus, conformément aux dispositions du décret du 19 mai 1925. [<i>Journal Officiel</i> du 25 mai 1925] (2).			
(1) Se reporter :			
Instruction no 56EMP du 29 mai 1925 (non insérée à ce guide).			
Instruction no 8361CS/CD.DP du 27 octobre 1954 (voir p. 274).			
(2) Exemple : Destruction complète de la pyramide nasale :			
1o Défiguration = 60 %			
2o Troubles fonctionnels = 40 + 5 % 76 %.			
Mutilation de l'aile du nez	10		
Mutilation de la sous-cloison	10		
Mutilation du lobule du nez	10		
Destruction de la superstructure du nez (affaissement de la racine du nez) avec intégrité de la peau : possibilité d'opération esthétique suivant l'importance des troubles fonctionnels	15 à 20		
Destruction de la superstructure du nez (affaissement de la racine du nez) avec altération du revêtement cutané : difficulté d'opération esthétique	30		
Destruction de l'infrastructure du nez (disparition de l'auvent cartilagineux) : grosse difficulté d'opération esthétique	35		
Destruction complète de la pyramide nasale	40	65	20 à 30
— 2 — Lésions aténosantes du nez			
1o Associées à une mutilation extérieure du nez.			

Ajouter aux chiffres précédents :			
Sténose unilatérale	5		
Sténose bilatérale	10		
2o Sans mutilation extérieure du nez :			
La plupart de ces sténoses relevant de fractures de la cloison ou de synéchies peuvent être guéries au moyen d'une opération sans danger.			
Sténose unilatérale	0 à 10		
Sténose bilatérale	0 à 20		
— 3 — Anosmie			
La perte du sens olfactif peut être due :			
1o Soit à un obstacle mécanique qui empêche le passage du courant aérien vers la fente olfactive : anosmie curable par un traitement chirurgical :	0 à 5		
2o Soit à une paralysie traumatique du nerf olfactif :	5 à 10		
Il s'agit alors d'anosmie incurable			
Il est très difficile d'établir la réalité d'une anosmie et encore davantage de fixer ses causes étiologiques, l'infirmité pouvant être antérieure au traumatisme. L'examen, sous l'influence de diverses odeurs, des modifications des mouvements du cœur et de la respiration, enregistrées sur un appareil de Marey, est le seul moyen objectif que nous ayons pour arriver à dépister la simulation.			
— 4 — Sinusites			
D'une façon générale, les sinusites par projectiles de guerre sont relativement plus graves et plus difficiles à guérir que les sinusites médicales (d'origine nasale ou d'origine dentaire). Elles s'accompagnent en règle générale de lésions d'ostéomyélite et la séquestration de l'os n'est pas rare ; elles se fistulisent souvent à l'extérieur.			
Le diagnostic se base sur l'existence d'une suppuration nasale généralement unilatérale, parfois bilatérale tachant les mouchoirs en jaune vert. Le diagnostic du sinus atteint se base sur les données de la rhinoscopie, qui décèle la présence de pus dans le méat moyen ou dans le méat supérieur ; sur les données de la transillumination de la face et sur celles de la radiographie.			
1o <i>Sinusites maxillaires</i> . — Ces sinusites guérissent presque à coup sûr par une intervention chirurgicale sans danger.			
Taux d'invalidité			
Sinusite maxillaire unilatérale	0 à 5		
Sinusite maxillaire bilatérale	0 à 10		
Ces chiffres doivent être majorés de 5 à 10 % en cas d'estéle ou de projectile Incius.			
2o <i>Sinusites frontales et fronto-ethmoïdales</i> . — Les résultats thérapeutiques sont ici beaucoup plus infidèles et certaines de ces sinusites récidivent après les opérations chirurgicales les mieux conduites. Elles provoquent des céphalées violentes, des troubles de l'état général, peuvent déclencher des complications endocrâniennes graves (abcès du cerveau, méningite). En principe, la sinusite frontale isolée n'existe pas, elle s'accompagne			

toujours à quelque degré, d'une infection de l'ethmoïde antérieur.			
Taux d'invalidité			
Sinusite fronto-ethmoïdale unilatérale	15 à 30		
Sinusite fronto-ethmoïdale bilatérale	20 à 40		
3o <i>Sinusites sphénoïdales et sphéno-ethmoïdales postérieures.</i> — La sinusite sphénoïdale s'accompagne généralement d'une infection des cellules ethmoïdales postérieures. Cette sinusite sphéno-ethmoïdale est relativement rare, elle peut être l'origine de céphalée rebelle, de troubles oculaires et de complications endo-crâniennes. Sa cure chirurgicale est relativement moins difficile que celle de la sinusite fronto-ethmoïdale.			
Taux d'invalidité			
Sinusite sphénoïdale unilatérale	10 à 20		
Sinusite sphénoïdale bilatérale	20 à 30		
— 5 — Cranle-hydrorrhée			
L'écoulement par la fosse nasale de liquide céphalo-rachidien peut être la conséquence d'un traumatisme grave ayant fracturé la lame criblée de l'ethmoïde. Le liquide rejeté examiné chimiquement est pauvre en chlorure et ne contient pas de sérum-albumine (à moins d'une réaction méningés surajoutée). Cette affection peut durer plusieurs mois ou même, exceptionnellement, plusieurs années, mais son pronostic est fatal à plus ou moins longue échéance. — Taux d'invalidité	100		
— 6 — Mhinites croûteuses post-traumatiques ou par gaz			
On n'admettra l'origine traumatique qu'en cas de commémoratifs certains, après avoir exclu l'existence d'un ozène préexistant ou d'une syphilis nasale. Taux d'invalidité suivant l'uni- ou la bi-latéralité des lésions	10 à 20		
OREILLES			
Pavillon sans lésion du conduit auditif			10 à 15
Mesure de l'audition au cours de l'expertise			
La perte auditive résulte de deux éléments distincts, qui peuvent coexister ou non : la perte de sensibilité, facteur quantitatif, et la perte de sélectivité, facteur qualitatif. Dans le premier cas le sujet entend et comprend sans suppléance mentale dès que le locuteur élève la voix au-dessus de son seuil d'intelligibilité globale, dans le second, le sujet ne comprend jamais sans effort, quel que soit le niveau d'intensité de la voix du locuteur.			
L'évaluation de la perte auditive s'effectue généralement par des procédés dits acoumétriques, ou au cours d'examens dits audiométriques.			
Les premiers consistent à déterminer la distance à laquelle est perçue la voix de l'examineur, ou à mesurer le temps pendant lequel est perçu le son émis par les diapasons. C'est là un mode d'évaluation simple, rapide, ne nécessitant qu'une installation rudimentaire, mais donnent lieu à de nombreuses critiques en raison de ses imperfections susceptibles d'entraîner des erreurs d'appréciation : importance de l'ambiance sonore, difficulté pour l'expert d'éviter le réflexe d'élévation de la voix quand il s'éloigne du patient, articulation des mots variables avec chaque examineur...			

<p>L'audiométrie radio-électrique permet une précision bien supérieure et une appréciation uniforme d'une même hypoacousie quel que soit le médecin. L'audiométrie tonale recherche les seuils minimaux d'audition par voie aérienne et par voie osseuse de sons purs émis dans toute l'étendue du spectre fréquentiel. Ces seuils relevés sont transcrits sur un graphique. L'audiométrie vocale apprécie l'audition de mots ou de phrases ; elle étudie l'intelligibilité du langage et évalue donc plus précisément la valeur sociale de la surdité ; une courbe visualise les résultats obtenus.</p> <p>Il existe en principe une correspondance parfaite entre les données de l'acoumétrie et celles de l'audiométrie. En pratique cependant, en raison des imperfections ou des difficultés de l'acoumétrie, certaines discordances peuvent apparaître.</p> <p>Compte tenu des indications générales ci-dessus exposées, la question se pose de savoir quelle méthode utiliser, acoumétrique ou audiométrique.</p> <p>Lorsqu'il s'agit d'un premier examen de l'appareil auditif pour un malade jamais encore expertisé dans ce domaine (1), ou lorsqu'il s'agit d'un invalide atteint de surdité absolue des deux oreilles devant entraîner un pourcentage d'indemnisation de 100 % (2) ou encore dans les cas d'hypoacousie importante un audiogramme sera obligatoirement pratiqué — et joint au dossier — concurremment à la mesure de la voix haute et de la voix chuchotée.</p> <p>Dans les autres cas, par exemple lors du renouvellement d'une pension pour hypoacousie faible déjà appréciée une première fois par audiométrie, l'acoumétrie pourra être utilisée seule.</p> <p>En cas de discordance entre les mesures acouméttriques et audiométriques, seules seront retenues les dernières, contrôlées éventuellement par des épreuves complémentaires telles que les épreuves de Carbert, de Stenger, d'Azzi (ou de la voix retardée).</p>			
<p>(1) Et en particulier, dans lorsqu'il s'agit de se prononcer sur la relation entre des troubles auditifs et une thérapeutique (cf. la circulaire no 586 B du 16 octobre 1963 de la direction des pensions du ministère des anciens combattants et victimes de guerre).</p>			
<p>(2) Cf. décret du 25 octobre 1956.</p>			
<p>Pourcentage de l'invalidité</p>			
<p>L'évaluation de l'invalidité entraînée par la diminution de l'acuité auditive sera faite à l'aide du tableau à double entrée ci-après qui se lit comme une table de Pythagore.</p>			
<p>Il faut entendre par <i>VH</i> et <i>VC</i> la distance en mètres à laquelle sont compris 50 % des mots dissyllabiques émis en voix haute normale, ou en voix chuchotée (après expiration normale).</p>			
<p>Le rapport <i>VC/VH</i> qui est retenu est celui de l'entendant normal, soit 1/10. Toutefois, ce rapport variant selon le type de la lésion de 1 à 1/100, en cas de discordance entre ces deux mesures, seule l'audition de la voix haute sera retenue pour l'évaluation de la gêne fonctionnelle.</p>			
<p>La <i>PA</i> (perte auditive moyenne en dB) sera obtenue en établissant pour chaque oreille la moyenne pondérée des seuils aéro-tympaniques, exprimés en décibels au-dessus des seuils normaux, sur les trois fréquences 500, 1 000 et 2 000 Hz, le seuil sur la fréquence 1 000 Hz étant assorti d'un poids double. Elle est donc calculée de la manière suivante :</p>			
<p>$PA - (500) + 2 (1\ 000) + (2\ 000) / 4$</p>			

Quand pour une même hypoacousie deux taux sont mentionnés, le plus faible correspond à celui de la surdité améliorable par l'audioprothèse.			
Pour tenir compte des pertes de sélectivité importantes qui peuvent être la conséquence d'une atteinte post-traumatique ou toxique, ces taux seront majorés de 10 lorsque, pour la meilleure oreille (celle dont la PA est la moins accentuée), la différence des seuils d'audition sur les fréquences 4 000 et 1 000 Hz (4 000-1 000) est égale ou supérieure à 50 dB, à la condition toutefois que la perte auditive moyenne en dB (PA) de la meilleure oreille soit inférieure à 60 dB, car la gêne fonctionnelle qui résulte d'une perte de sensibilité supérieure n'est que fort peu aggravée par la perte de sélectivité.			
Tous ces taux d'indemnisation de l'invalidité entraînée par la diminution de l'acuité auditive sont indépendants de ceux que peut déterminer l'existence de vertiges, de bourdonnements ou de suppuration qui, dûment constatés, doivent faire l'objet d'évaluations séparées.			
A) LÉSIONS UNILATÉRALES.			
Oreille dure d'un côté			10
Surdité d'une seule oreille, sans bourdonnements ou vertiges			10 à 15
Surdité d'une seule oreille, avec bourdonnements ou vertiges			30
Écoulement suppuré d'oreille.			
Il s'agit ici d'une maladie (carie osseuse), et non d'une infirmité. Sujette à des complications graves, elle demande à être soignée ; l'audition est presque toujours atteinte, parfois d'une façon irrémédiable ; l'incapacité qui en résulte est variable et peut osciller de			20 à 50
B) LÉSIONS BILATÉRALES.			
Dureté des deux oreilles			10 à 15
Dureté d'une oreille et surdité de l'autre			25 à 30
Surdité bilatérale		65	50
Vertiges d'origine auriculaire			
L'appréciation de l'invalidité provoquée par les vertiges est un problème des plus délicats.			

				Audition normale	1er degré		2e degré		3e degré	4e degré	
					Faible	Fort	Faible	Fort			
TABLEAU D'ÉVALUATION DES DIMINUTIONS D'ACUITÉ AUDITIVE Décret no 93-126 du 28 janvier 1993 (JO du 30 janvier 1993) modifiant le décret no 71-1129 du 3 décembre 1971				<i>VH</i> > 9 m	<i>VH</i> de 9 m à > 3 m	<i>VH</i> de 3 m à > 1 m	<i>VH</i> de 1 m à > 0,30 m	<i>VH</i> de 0,30 m à > 0,10 m	<i>VH</i> de 0,10 m à contact	<i>VH</i> non perçue	
				<i>VC</i> > 0,90 m	<i>VC</i> de 0,90 m à > 0,30 m	<i>VC</i> de 0,30 m à > 0,10 m	<i>VC</i> de 0,10 m au voisinage du pavillon	<i>VC</i> voisinage du pavillon ou non perçue			
				<i>PA</i> en dB. 0 à 29	<i>PA</i> en dB. 30 à 39	<i>PA</i> en dB. 40 à 49	<i>PA</i> en dB. 50 à 59	<i>PA</i> en dB. 60 à 69	<i>PA</i> en dB. 70 à 79	<i>PA</i> en dB. 80 et au-dessus	
Audition normale	<i>VH</i> > 9 m	<i>VC</i> > 0,90 m	<i>PA</i> en dB. 0 à 29	0	2	4	7	10	12	15	
1er degré	Faible	<i>VH</i> de 9 m à > 3 m	<i>VC</i> de 0,90 m à > 0,30 m	<i>PA</i> en dB. 30 à 39	2	5	10	15	20	25	30
	Fort	<i>VH</i> de 3 m à > 1 m	<i>VC</i> de 0,30 m à > 0,10 m	<i>PA</i> en dB. 40 à 49	4	10	15	25	30	35	40
2e degré	Faible	<i>VH</i> de 1 m à > 0,30 m	<i>VC</i> de 0,10 m au voisinage du pavillon	<i>PA</i> en dB. 50 à 59	7	15	25	35	40	45	55
	Fort	<i>VH</i> de 0,30 m à > 0,10 m	<i>VC</i> voisinage du pavillon ou non perçue	<i>PA</i> en dB. 60 à 69	10	20	30	40	50	60	70
3e degré		<i>VH</i> de 0,10 m à contact		<i>PA</i> en dB. 70 à 79	12	25	35	45	60	75	85
4e degré		<i>VH</i> non perçue		<i>PA</i> en dB.	15	30	40	55	70	85	100
								50	65	80	

			80 et au-dessus						
--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--

DÉSIGNATION DES INFIRMITÉS	POURCENTAGE d'invalidité	POURCENTAGE réservé aux bénéficiaires des articles L. 12 et L. 13 bis du Code lorsque ce pourcentage est plus avantageux	
		1887	1915
	p. 100	p. 100	p. 100
<p>Les vertiges sont, en effet, des troubles souvent subjectifs, qui mettent en cause le degré de sincérité du malade, son coefficient d'émotivité et de pusillanimité.</p> <p>Étant donné la difficulté qu'il y a souvent à rattacher les vertiges à une cause vestibulaire, la complexité des facteurs qui peuvent déterminer l'altération labyrinthique, il importe de procéder à l'examen méthodique et approfondi comportant :</p> <p><i>a.</i> Interrogatoire sur le caractère du vertige, sa date d'apparition, son évolution, ses symptômes associés ;</p> <p><i>b.</i> L'examen des grandes fonctions de l'organisme : étude des troubles cardiovasculaires, rénaux, gastrohépatiques, etc., la recherche des stigmates, des infections chroniques ou maladies diathésiques ;</p> <p><i>c.</i> L'examen oloscopique et l'examen de la fonction auditive ;</p> <p><i>d.</i> L'examen vestibulaire à l'aide des épreuves labyrinthiques.</p> <p>Ce n'est que par l'étude serrée des anamnétiques, des symptômes associés et des réponses aux épreuves labyrinthiques que l'on pourra souvent préciser la diagnostic de vertige.</p> <p>Le vertige auriculaire est « systématisé », c'est-à-dire s'accompagne de sensations de rotation dans un plan défini, soit des objets extérieurs, soit du sujet lui-même. Il existe quelquefois, des troubles objectifs de déséquilibre (chute, démarche oscillante, Romberg positif), et dans presque tous les cas des signes objectifs, tantôt évidents, tantôt discrets, altérations du tympan, lésions de la trompe, foyers d'ostéite de la caisse, troubles spontanés ou provoqués par l'excitation artificielle du labyrinthe, susceptibles d'authentifier la réalité du vertige.</p>			

<p>La négativité des épreuves vestibulaires permet de conclure à l'absence d'altérations graves du labyrinthe et, en tout cas, à la légèreté de l'atteinte labyrinthique.</p> <p>En matière de <i>traumatisme</i>, il faut noter que les vertiges ont une tendance normale à diminuer d'intensité et de fréquence au fur et à mesure qu'ils s'éloignent de l'accident. Ils ne doivent donc pas être l'objet d'une évaluation définitive d'emblée.</p>			
<p>Les vertiges, dus à un processus irritatif, toxique ou infectieux, sont également susceptibles d'amélioration ou de guérison. Ils ne doivent être considérés comme définitifs qu'après une observation prolongée.</p> <p>Pour apprécier le degré d'invalidité, on tiendra compte de :</p> <p>La fréquence des vertiges ;</p> <p>L'intensité des vertiges ;</p> <p>Les résultats de l'examen objectif et fonctionnel de l'oreille.</p>			
<p>Leur taux sera estimé suivant l'intensité et la fréquence des accès, de</p>	10 à 50		
BOURDONNEMENTS			
<p>Les mêmes considérations s'appliquent aux bourdonnements dont les variétés sont nombreuses et reconnaissent en général pour cause une irritation de l'oreille Interne.</p> <p>Celle-ci peut dépendre :</p> <p><i>a.</i> D'une lésion de l'oreille externe (cérumen, corps étrangers comprimant le tympan, les osselets et le liquide endolymphatique) ;</p> <p><i>b.</i> D'une lésion de l'oreille moyenne (épanchement, otite cicatricielle, otite sèche) ou lésions de la trompe, agissant suivant le même mécanisme.</p> <p><i>c.</i> Lésion de l'oreille interne (troubles circulatoires, anémie, congestions, maladies générales, artériosclérose, etc.).</p> <p>Dans les lésions du conduit auditif, dans les lésions inflammatoires et les traumatismes de l'oreille moyenne, les acouphènes ne sont jamais durables ; leur Intensité est modérée. La guérison rapide est la règle.</p> <p>Au contraire, dans l'otite chronique moyenne sèche, dans l'otospongiose et, surtout dans les labyrinthites ou neurolabyrinthites, les bourdonnements peuvent durer plusieurs années avec une intensité plus ou moins constante.</p>			
<p>Ceux-là seuls méritent d'être l'objet d'une indemnisation qui, suivant leur gravité (durée, intensité, retentissement sur l'état général, moral et psychique), variera de</p>	10 à 30		

<p>Il est rappelé à propos de ces troubles que si leur appréciation objective demeure fort difficile, la constatation de lésions cochléaires et la mise en évidence de « recrutement » par les épreuves d'audiométrie tonale appropriées sont en faveur de leur existence réelle ; les bourdonnements étant admis, la fixation du pourcentage d'invalidité s'appuiera sur le bilan anatomoclinique ; <i>ce pourcentage ne peut être inférieur à 10.</i></p>			
<p>OTORRHÉES CHRONIQUES</p>			
<p>Il y a lieu de prévoir l'indemnisation de l'écoulement d'oreille passé à l'état chronique.</p> <p>Actuellement, l'otorrhée n'ouvre droit à pension que si elle est symptomatique d'ostéite du temporal.</p> <p>Il convient d'être plus explicite et d'affecter aux otorrhées un pourcentage différent suivant qu'elles appartiennent à l'une ou l'autre des catégories suivantes :</p> <p>a. <i>Otorrhée muqueuse</i> caractérisée par un écoulement Intermittent, plus ou moins abondant, mucopurulent, sortant par une perforation tympanique de siège généralement antéro-inférieur.</p> <p>Cette suppuration est fonction d'une infection légère de la muqueuse tubotympanique, sans atteinte de l'os.</p> <p>Les malades se « mouchent par l'oreille ».</p>			
<p>L'indemnisation pourra osciller entre</p>	<p>5 à 10</p>		
<p>s'il est reconnu que l'otite s'est déclarée ou a été aggravée au cours ou à l'occasion du service.</p> <p>Elle sera toujours temporaire, cette variété d'otite ayant tendance à guérir spontanément ou sous l'influence du traitement.</p> <p>b. <i>Otorrhée d'origine osseuse</i> : (ostéite des osselets ou des parois de la caisse), caractérisée par des sécrétions plus ou moins abondantes, souvent fétides, émises à travers des perforations occupant en général la région postérieure du tympan.</p> <p>Deux types extrêmes :</p> <p>1o Destruction plus ou moins large du tympan, avec conservation relative ou destruction du marteau et de l'enclume, fond de caisse bourgeonnant, polypoïde et parfois présence de cholestérome ;</p> <p>2o Perforations hautes de la membrane de Schrapnell en rapport avec une suppuration de l'attique ; souvent peu suppurantes et masquées par une croûte.</p>			
<p>Dans l'un et l'autre cas, quel que soit l'état de l'audition. Il y a lieu à Indemnisation variant de</p>	<p>10 à 30</p>		
<p>suivant les caractères de l'écoulement (abondance, fétidité) et la gravité apparente des lésions et leur uni- ou bilatéralité.</p>			

<p>Cette indemnisation n'est justifiée que si l'otite a été incontestablement causée ou aggravée au cours ou à l'occasion du service.</p> <p>En ce qui concerne l'évidement pétro-masloïdien ayant nécessité une large dénudation méningés, il est indiqué que les spécialistes sont d'accord pour dire que la perte de substance osseuse consécutive à <i>l'évidement pétro-mastoïdien curatif</i>, ne saurait être interprétée comme une trépanation que dans les cas exceptionnels d'ouverture large de la boîte crânienne pour traiter certaines complications encéphaliques. Aucune indemnisation propre n'est prévue dans l'immense majorité des cas. Seule la brèche crânienne créée dans les cas précités de dénudation méningée sera évaluée comme prévu à la section VII — Crâne — du titre III Neuro-psychiatrie.</p>			
<p>CENTRES DE RÉÉDUCATION</p>			
<p>Il y a lieu de prévoir pour les grands sourds bilatéraux, dont la déficience auditive ne peut être relevée par les appareils acoustiques, la possibilité d'être instruits de la lecture sur lèvres dans les centres pourvus de médecins spécialisés.</p>			
<p>LARYNX-TRACHÉE</p>			
<p>Les affections contractées ou aggravées en service qui intéressent le larynx et peuvent gêner son fonctionnement, tant respiratoire que phonatoire, proviennent de trois ordres de cause :</p> <p>1o Le larynx peut être atteint d'une affection médicale des voies aériennes : <i>laryngite chronique</i>, due soit à une infection acquise au service, soit à une affection antérieure, mais aggravée manifestement par les conditions du service. Au point de vue nosologique, ce sera soit une <i>laryngite chronique banale</i>, soit une affection spécifique : <i>tuberculose du larynx</i> :</p> <p>2o Les <i>gaz toxiques</i>, et principalement l'ypérite, ont, par leur causticité, attaqué les voies respiratoires, et particulièrement le larynx, siège d'élection des brûlures par gaz, à cause du rétrécissement normal de la glotte et de ses contractions spasmodiques de défense.</p> <p>L'intoxication par gaz massive et diffuse a souvent amené la mort par asphyxie (œdème de la glotte). Localement grave, elle a pu amener des brûlures avec suffusions sanguines, œdème et secondairement des ulcérations et escarres profondes, dont la cicatrisation défectueuse se traduit par des déformations, des sténoses troublant la fonction laryngée. On peut admettre, en outre, qu'un larynx brûlé par les gaz offre une moindre résistance à l'infection tuberculeuse et que, dans certains cas, la tuberculose laryngée peut reconnaître comme cause prédisposante une intoxication par gaz ;</p> <p>3o Enfin, les <i>lésions traumatiques du larynx</i> sont dues, soit à l'atteinte directe de l'organe par un projectile transfixiant (balle, éclat d'obus), rarement par une arme blanche ou un corps contondant, soit à l'atteinte indirecte par des compressions (ébranlements, explosions), soit encore à des causes traumatiques externes (paralysies par section ou compression des nerfs moteurs laryngés).</p> <p>Les séquelles laryngées portent atteinte à la double fonction de l'organe : <i>respiratoire</i>, dont l'importance vitale devra faire accorder aux sténoses et trachéstemisés le taux de pension des grands mutilés ; <i>phonatoire</i>, dont le trouble plus ou moins grand amènera une infirmité pénible à des degrés divers.</p>			

L'examen laryngoscopique montrera des lésions qui s'étendent depuis les altérations de la muqueuse seule dans les laryngites catarrhales ou tuberculeuses au début, jusqu'aux grandes déformations et cicatrices sténosantes dues aux brûlures profondes et aux destructions cartilagineuses, localisées ou subtotaales, et ayant alors nécessité des laryngotomies ou trachéotomies permanentes. Des déformations extérieures, brides cicatricielles du cou, peuvent s'y ajouter.			
LARYNOITES CHRONIQUES SIMPLES			
Elles sont caractérisées par la toux et des troubles vocaux intermittents ou permanents, allant depuis la voix éraillée mais sonore jusqu'au chuchotement. Pas de dyspnée. Ces cas nécessitent une attention particulière, car une laryngite aiguë ne passe généralement pas à la chronicité si des causes étrangères (excès de tabac, alcool, syphilis) ne viennent pas se surajouter. Rien ne caractérise au miroir ces laryngites : congestion de la muqueuse laryngée et trachéale, épaissement des cordes sans ulcération. Les pachydermites, modules vocaux, polypes, ne semblent pas pouvoir être rapportés à une laryngite acquise en campagne ou au service. Dans les cas où l'origine en service est indiscutable, selon le degré de dysphonie	5 à 10		
LARYNGITES CHEZ LES GAZÉS			
Le diagnostic de laryngite par gaz est difficile à justifier tardivement à moins de commémoratifs certains. Il est utile de chercher des lésions broncho-pulmonaires concomitantes. On trouvera la plus souvent des lésions de laryngite diffuse congestive prédominant à la glotte ou des cordes amincies, détendues, s'accolant mal et masquées par des bandes ventriculaires épaisses qui jouent un rôle de suppléance.			
Selon la dysphonie	10 à 30		
Il peut exister des paralysies musculaires (voir <i>Paralysie</i>) et, dans les cas graves, des cicatrices avec palmature et sténose glottique avec dyspnée (voir <i>Traumatismes</i>).			
TUBERCULOSE DU LARYNX (1)			
Comme il a été dit précédemment, elle a pu apparaître au cours du service ou exister antérieurement sous une forme torpide et être réveillée et aggravée par les fatigues et infections banales intercurrentes, ou encore apparaître tardivement sur un larynx déjà atteint par les gaz ou un traumatisme.			
Il est souvent difficile de pouvoir rapporter sûrement cette tuberculose à une origine en service et on devra chercher les commémoratifs, l'état des poumons et des crachats. Cliniquement, on doit distinguer une phase de début où l'organe ne présente pas encore de lésions caractéristiques, mais où son aspect doit faire suspecter une tuberculose latente : pâleur des muqueuses, cordes dépolies, inégales, rosées irrégulièrement, se contractant faiblement : c'est la <i>laryngite catarrhale suspecte</i> .			
La tuberculose caractérisée montre surtout des lésions des cordes et de la commissure postérieure : cordite uni- ou bilatérale (infiltration diffuse, aspect boudiné, ulcérations en coup d'ongle ou dent de scie. Infiltration interaryténoïdienne, velvétique, puis végétante masquant une ulcération). Parfois le type végétant domine même sur les cordes. Les troubles fonctionnels ne sont encore que phonatoires.			
(1) Voir circulaire no 571EMP du 24 juin 1958 p. 282.			
Si les lésions s'étendent au pourtour du vestibule laryngé : aryténoïde, épiglote, repli aryépiglottique sous forme d'infiltration d'abord puis d'ulcération, la dysphagie apparaît amenant vite une atteinte grave de l'état général.			

Plus rarement, infiltration et végétations peuvent obstruer la glotte, la dyspnée apparaît dans l'effort, puis devient permanente et peut nécessiter la trachéotomie.			
En pratique, la tuberculose du larynx accompagne une atteinte du poumon, mais elle doit être évaluée à part. Dans le cas de tuberculose pulmonaire donnant un taux de 100 % c'est en suspension que s'ajoutera le pourcentage des troubles laryngés.			
On évaluera :			
Laryngite entarrhale suspecte	15 à 20		
Tuberculose laryngée avec dysphonie seule (cordite)	20 à 40		
Tuberculose laryngée avec dysphagie (aryténoïde-épiglotte)	40 à 60	65	
Tuberculose laryngée avec dyspnée continue	50 à 80		
Tuberculose laryngée avec dyspnée avec trachéotomie	100		
PARALYSIES LARYNGÉES			
Relèvent de deux causes :			
1. Pas de traumatisme, mais paralysie musculaire atteignant surtout les thyroaryténoïdiens internes, interaryténoïdiens, etc., et laissant un orifice anormal en phonation (glotte triangulaire, ovale, en sablier) par mauvais accolement des cordes. Cette myopathie est due à une brûlure ancienne par gaz (commémoratifs) ou au début d'une tuberculose (pâleur des muqueuses).			
La dysphonie consécutive entrera en compte pour le pourcentage de la laryngite par gaz ou tuberculeuse.			
2. Traumatique : section ou compression du pneumogastrique ou du récurrent, isolément ou avec les nerfs voisins (voir plus loin).			
LÉSIONS TRAUMATIQUES DU LARYNX			
Ce sont surtout des fractures de la coque cartilagineuse du larynx (cricoïde, lames thyroïdiennes) par projectile perforant, par choc direct ou compression. Elles laissent des cicatrices vicieuses, déformantes et souvent sténosantes : siégeant surtout à la glotte, souvent à la région sous-glottique et même trachéale, provoquant dysphonie et dyspnée.			
Il est difficile de grouper tous les types qui peuvent se rencontrer. On pourra voir des :			
a. <i>Lésions limitées à l'endolarynx</i> (relevant aussi parfois d'ulcération par ypérite)			
Synéchie de la région antérieure des cordes (palmature).			
Destruction partielle ou totale d'une ou deux cordes remplacées par bride fibreuse.			
Immobilisation d'un aryténoïde et de la corde par ankylose cicatricielle.			

La dysphonie est marquée avec un peu de dyspnée d'effort.			
<i>b. Lésions plus graves secondaires à une fracture cartilagineuse</i>			
On voit rarement des fistules de périchondrite, mais :			
Palmatore étendue aux deux tiers des cordes.			
Sténose sous-glottique (cricoïdienne) bivalvulaire ou annulaire, épaisse et laissant un minime pertuis respiratoire.			
Diaphragme médian sous-glottique.			
<i>c. Infiltration diffuse cicatricielle occupent une grande hauteur</i>			
Les grands traumatismes ont été traités souvent par laryngostomie et dilatation caoutchoutée. Dans les cas favorables, une opération plastique a pu refermer la stoinie. Il persiste une dysphonie marquée avec dyspnée variable.			
Si la charpente cartillagineuse a été trop mutilée, il s'est produit un affaissement du larynx ; si la dilatation a été insuffisante, le blessé devra garder une laryngostomie, plus souvent une canule de trachéotomie : il doit être considéré comme grand mutilé.			
On devra attirer l'attention sur le retentissement de la mauvaise respiration, sur l'état pulmonaire.			
On évaluera :			
Dysphonie seule	5 à 20		
Aphonie sans dyspnée	20 à 40		
Dyspnée d'effort	30 à 50		30 à 40
Dyspnée interdisant toute fatigue	60 à 80		
Laryngostomie ou trachéotomie	100	65	50
Les cicatrices déformantes extérieures de la région laryngée devront être pourcentées à part, de même que le trouble de l'esthétique	10 à 40		
PARALYSIES TRAUMATIQUES			
Atteignant le récurrent ou le pneumo-gastrique dans la région cervicale moyenne ou basse donnent la paralysie d'une corde vocale.			
Atteignant le pneumogastrique dans la région cervicale haute, s'associent à une paralysie du voile, pharynx, épaule, langue (syndromes des paralysies associées des nerfs crâniens).			
On évalue chaque paralysie isolément :			
Pour le larynx :			

Dysphonie	5 à 20		
Dyspnée (bilatérale)	20 à 70		
Paralysie du larynx		65	10 à 60
<p>Nous n'avons pas envisagé isolément les lésions de la trachée.</p> <p>En général, elles sont associées à des lésions du larynx :</p> <p>Soit dans les brûlures par les gaz ;</p> <p>Soit dans les traumatismes.</p> <p>Dans quelques cas rares on a observé des lésions cantonnées à la trachée :</p> <p>Sténoses sous-glottiques par plaie trachéale dans la région du cou.</p> <p>Destruction d'un ou plusieurs anneaux de la trachée amenant la formation d'une hernie de la muqueuse visible à chaque inspiration (trachéorèle).</p> <p>Présence d'un corps étranger dans l'arbre trachéobronchique, fragment de projectile.</p> <p>Ces lésions nécessiteront un examen par trachéobronchoscopie.</p> <p>Elles entraîneront une dyspnée variable que l'on évaluera conformément aux indications fournies plus haut pour la dyspnée d'origine laryngée.</p>			
PHARYNX, ŒSOPHAGE			
<p>Les affections du pharynx et de l'œsophage ne peuvent pas être mises sur le compte d'une affection médicale soit acquise, soit aggravée par les conditions de la vie militaire.</p> <p>Les différentes variétés de <i>pharyngites</i>, <i>amygdalites à répétition</i>, <i>rhino-pharyngites</i>, etc., ne peuvent généralement pas donner matière à pension.</p>			
<p>La <i>tuberculose du pharynx</i> (1) (à l'exception du lupus) peut apparaître au cours du service chez un sujet déjà fortement entaché de tuberculose et ne peut être envisagée isolément. Elle est d'un pronostic très grave, le plus souvent mortel à courte échéance, et peut être, à la rigueur, comptée parmi les tuberculoses aiguës réveillées par les fatigues du service et être évaluée à</p>	100	65	
<p>Certaines <i>pharyngites chroniques hypertrophiques</i> (rougeur, épaissement de la muqueuse) peuvent être dues à des brûlures par gaz ypérite.</p>			
<p>Mais plus intéressantes sont les lésions <i>traumatiques du pharynx et de l'œsophage</i>. Ces organes peuvent être atteints par un projectile transfixiant (balle, éclat d'obus), plus rarement par une arme blanche, ou être gênés dans leur fonctionnement par une lésion nerveuse</p>			

(paralysie du glosso-pharyngien) [voir <i>Paralysies laryngées associées</i>].			
Si la lésion est bas située (pharynx inférieur, œsophage). Il existe presque toujours une lésion laryngée associée. La cicatrisation de ces lésions peut entraîner une sténose du carrefour aérodigestif, gênant la déglutition et même la respiration. Si l'œsophage a été atteint (et il peut l'avoir été sans que le larynx ait été touché), on peut observer, soit un <i>rétrécissement</i> que de nombreuses séances de dilatation arriveront difficilement à dilater (dans ces cas rentrent les <i>brûlures par ypérite</i> , le sujet retenant sa respiration en présence de gaz irrespirables, fait des mouvements de déglutition et avale les vapeurs toxiques avec sa salive), soit une astuce qui nécessitera pendant un temps assez long une alimentation à la sonde, soit même du <i>spasme</i> par irritation du pneumogastrique dû au passage d'un projectile au voisinage de l'œsophage.			
(1) Voir circulaire no 571EMP du 24 juin 1958, p. 282.			
La rétrécissement de l'oropharynx ne peut entraîner qu'une légère gêne de la déglutition	10 à 30		
Fistule persistante ou rétrécissement du pharynx et de l'œsophage		45	
Rétrécissement du pharynx et de l'œsophage			20 à 50
A moins qu'une sténose cicatricielle ne réunisse en un seul bloc pharynx inférieur et larynx, pharyngo-laryngostomie	100	65	
Le rétrécissement de l'œsophage ne sera rapporté au service qu'en cas de commémoratifs certains ou de lésion caractéristique. Cette lésion nécessitera interminablement des séances de dilatation. L'alimentation est très difficile, la possibilité de spasmes surajoutés ou même de dégénérescence cancéreuse en fera une affection grave	30 à 60	65	
En cas de gastrostomie	100		
s'il persiste une fistule (très rare)	100	65	
Les lésions du <i>pharynx supérieur</i> rentrent dans les cas de blessures de la langue, des mâchoires, du voile du palais. Cependant, il peut exister isolément des pertes de substance de la voûte palatine nécessitant le port d'un appareil, ou des synéchies faisant adhérer le bord libre du voile à la partie postérieure du pharynx (cicatrices semblables à la syphilis tertiaire), affections incurables, entraînant une respiration exclusivement buccale avec toutes ses conséquences, aux premiers rangs desquelles il faut compter la surdité par occlusion de la trompe d'Eustache	30 à 40		
(Sans tenir compte de la surdité).			
Les lésions paralytiques du pharynx (déplacement en rideau de la musculature du pharynx par lésion du glosso-pharyngien) sont toujours concomitantes d'une paralysie laryngée ou spinale (voir <i>Lésions</i>).			
V. — OPHTALMOLOGIE			
Observations préliminaires			
I. Aucune pension pour désordre visuel ne sera attribuée sans l'examen préalable d'un médecin à compétence technique dûment qualifiée.			
II. Le spécialiste pourra recourir, s'il y a lieu, aux procédés complémentaires d'investigation (mydriase artificielle, etc.).			
Certains cas peuvent nécessiter le renvoi à une date ultérieure et même, s'il est indispensable, la mise en observation plus ou moins prolongée. Dans les cas plus difficiles, le spécialiste pourra demander l'adjonction d'un autre spécialiste.			

<p>III. Seules donnent droit à pension définitive d'emblée les lésions manifestement consolidées. Les tares de cornées, les lésions du cristallin, du vitré ou de la chorle-rétine, les paralysies oculaires, les conjonctivites granuleuses ou autres, les affections des voies lacrymales, etc., sont justiciables d'abord de pensions temporaires.</p> <p>IV. Étant donné que les conditions d'aptitude au service armé (et à plus forte raison au service auxiliaire) n'exigent pas la vision normale de chaque œil, tout militaire dont la vision, lors de l'incorporation, ne sera pas normale, sera examiné par un spécialiste compétent et mention détaillée en devra être portée sur la fiche d'incorporation.</p> <p>Cette fiche sera obligatoirement joints au dossier de pension.</p>			
<p>Altération de la fonction visuelle (1)</p>			
<p>Il y a lieu de tenir compte :</p> <p>1o Des troubles de la vision centrale ;</p> <p>2o Des troubles de la vision périphérique ;</p>			
<p>(1) L'indemnisation de l'atteinte de la fonction visuelle repose sur les deux principes suivants :</p> <p>a) La vision doit être considérée comme constituant une fonction unique bien que résultant de deux organes : les lésions affectant le sens de la vue et se traduisant par une diminution de l'acuité visuelle constituant une seule et même infirmité.</p> <p>b) Le degré d'invalidité doit toujours être déterminé d'après un seul et même barème même après dissociation de l'infirmité en ses différents éléments (troubles de la vision centrale, de la vision périphérique, de la vision binoculaire, du sens chromatique).</p>			
<p>3o Des troubles de la vision binoculaire ;</p> <p>4o Des troubles du sens chromatique et du sens lumineux.</p> <p>— 1 — <i>Cécité complète et quasi-cécité ou cécité pratique</i></p>			
<p>Sont atteints de cécité complète, ceux dont la vision est abolie (V = 0, au sens absolu du mot, avec abolition complète du réflexe lumineux).</p> <p>Sont considérés comme atteints de quasi-cécité ou cécité pratique :</p> <p>1o Ceux dont la vision centrale est égale ou inférieure à un vingtième d'un œil, celle de l'autre étant inférieure à un vingtième, qu'il y ait ou non déficience des champs visuels.</p> <p>2o Ceux qui, gardant pour l'œil le meilleur une acuité au plus égale à 2/10, présentent en même temps une altération du champ visuel des deux côtés telle que celui-ci n'excède pas 10 degrés dans le secteur le plus étendu. (Décret du 28 juin 1948 J.O. des 4 et 5 juillet 1949.)</p>			

Cécité complète	100	100	100
Quasi-cécité ou cécité pratique	100		
— 2 — <i>Perte complète de la vision d'un œil, l'autre n'étant pas atteint</i>			
Est perdu l'œil dont la vision est complètement abolie. Est considéré comme perdu celui dont la vision est inférieure à un vingtième (perte de la vision pratique d'un œil). Il faut distinguer les cas de perte de la vision sans lésion apparente, des cas de mutilation (énucléation, etc.), ou de difformité apparentes (stophylomes étendus, etc.), et faire une place à part aux cas, où pour une raison quelconque, la prothèse est impossible.			
Perte de la vision d'un œil sans difformité apparente	65	65	30
Ablation ou altération du globe avec prothèse possible	65	65	30
Sans prothèse possible	65		
La perte ou l'atrophie du globe oculaire constitue par elle-même une infirmité défigurante, quels que soient les résultats de la prothèse ; le pourcentage d'invalidité qui est attribué en raison de cette infirmité se combine (2) avec celui ou ceux qui sont fixés à l'égard des troubles de la vision.	Voir titre IV, chap. III, défiguration. (1)		
— 3 — <i>Diminution de la vision des deux yeux</i>			
1o Le degré de vision sera estimé en tenant compte de la correction optique par les verres. 2o On utilisera l'échelle optométrique décimale bien éclairée et imprimée sur une page bien blanche ; 3o Il y a lieu de répéter que, dans les examens fonctionnels, le spécialiste devra toujours recourir aux procédés habituels de contrôle. — Dans certains cas, mention sera portée qu'il a été nécessaire de recourir aux épreuves de contrôle.			
<i>(Voir le tableau page suivante)</i>			
(1) Voir circulaire no 0301CS/CD.DF du 27 octobre 1954 et circulaire no 0403CS/550 EMP du 24 janvier 1956, p. 274 et 280.			
(2) Conformément aux dispositions prévues par l'alinéa 1er de l'article L 14.			

Table 2. Tableau d'évaluation de l'acuité visuelle

Cf. LC 58EM du 19 février 1975 — page 307.(barème 1919 modifié par le décret n° 74-498 du 17 mai 1974) *Journal officiel*, des 20 et 21 mai 1974, n° 120, page 5505)

	10/10	9/10	8/10	7/10	6/10	5/10	4/10	3/10	2/10	1/10	1/20	Moins de 1/20	ÉNUCLÉATION
--	--------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	----------------------	--------------------

10/10	0	6,5	13	19,5	26	32,5	39	45,5	52	58,5	58,5	85	85
9/10	6,5	6,5	13	19,5	26	32,5	39	45,5	52	58,5	58,5	68,5	68,5
8/10	13	13	13	19,5	26	32,5	39	45,5	52	58,5	58,5	72	72
7/10	19,5	19,5	10,5	19,5	26	32,5	39	45,5	52	58,5	58,5	75,5	75,5
6/10	26	26	26	26	26	32,5	39	45,5	52	58,5	58,5	79	79
5/10	32,5	32,5	32,5	32,5	32,5	32,5	39	45,5	52	58,5	58,5	82,5	82,5
4/10	39	39	39	39	39	39	39	45,5	52	58,5	58,5	86	86
							(60)	(67)	(72)	(72)	(72)		
3/10	45,5	45,5	45,5	45,5	45,5	45,5	45,5	45,5	52	58,5	58,5	89,5	89,5
							(67)	(70)	(77)	(79)	(79)		
2/10	52	52	52	52	52	52	52	52	52	60	70	93	93
							(72)	(77)	(80)	(88)	(86)		
									(66)				
1/10	58,5	58,5	58,5	58,5	58,5	58,5	58,5	58,5	60	80	90	100	100
							(72)	(79)	(86)	(90)	(95)		
1/20	58,5	58,5	58,5	58,5	58,5	58,5	58,5	58,5	70	80	100	100	100
							(72)	(79)	(86)	(95)			
Moins de 1/20	65	58,5	72	75,5	79	82,5	86	89,5	93	100	100	100	100
Énucléation	65	58,5	72	75,5	79	82,5	86	89,5	93	100	100	100	100

NB : Les chiffres entre parenthèses correspondent aux taux alloués par le barème 1915 et sont donc susceptibles d'être retenus dans certains cas.

DÉSIGNATION DES INFIRMITÉS	POURCENTAGE d'invalidité	POURCENTAGE réservé aux bénéficiaires des articles L 12 et L 13 <i>bis</i> du Code lorsque

		ce pourcentage est plus avantageux	
		1887	1915
	p. 100	p. 100	p. 100
—4— <i>Vision périphérique Champ visuel (1)</i>			
1o Flétrécissement sensiblement concentrique du champ visuel (taux à ajouter à celui de l'acuité visuelle centrale).			
A 30o :			
Un seul œil	5		
Les deux yeux	20		
Moins de 10o :			
Un seul œil	15		
Les deux yeux	70 à 80		
2o Scotomes centraux suivant étendue (le taux doit se confondre avec celui attribué à la baisse de la vision) :			
Un seul œil	20 à 30		
Les deux yeux	80 à 100		
3o Hémianopsie :			
a. Hémianopsie avec conservation de la vision centrale :			
Hémianopsie homonyme droite ou gauche	35		
Avec participation de la fonction maculaire mais intégrité de l'acuité visuelle : ajouter	5		
Hémianopsie hétéronyme :			
Nasale	10		
Bitemporale	70 à 80		
Hémianopsie horizontale :			
Supérieure	15		
Inférieure	50		
Hémianopsie dite en quadrant :			
Supérieure	10		
Inférieure	25		
(1) C'est particulièrement l'examen fonctionnel des champs visuels qui doivent donner lieu à un contrôle alternatif.			

Ce taux s'ajoutera à celui de l'hémianopsie horizontale ou verticale dans les cas où trois quadrants du champ visuel ont disparu.			
Hémianopsie chez un borgne, avec conservation de la vision centrale :			
Nasale	70		
Inférieure	80		
Temporale	90		
<i>b. Hémianopsie avec perte de la vision centrale uni ou bilatérale :</i>			
Ajouter à ces taux celui indiqué par le tableau ci-dessus sans que le total puisse dépasser 100 %.			
<i>— 5 — Vision binoculaire ou simultanée</i>			
Le déséquilibre de la fonction, qui permet aux deux yeux de fixer le même objet, entraîne une diplopie, lorsque le degré de vision est suffisant des deux côtés :			
Diplopie	20		
Diplopie dans la partie inférieure du champ	25		
Il importe de rappeler que la diplopie disparaît fréquemment au bout d'un certain temps, soit par guérison, soit par neutralisation (voir paralysies des nerfs oculo-moteurs).			
Paralysies des nerfs moteurs de l'œil :			
<i>a. Intéressant un seul muscle</i>			5 à 20
<i>b. Intéressant plusieurs muscles</i>			20 à 30
<i>c. Intéressant tous les muscles de l'œil</i>		65	
<i>— 6 — Troubles du sens chromatique et du sens lumineux</i>			
Ces troubles, d'ailleurs très rares, sont des symptômes de lésion de l'appareil nerveux sensoriel : ils entrent en ligne de compte dans l'appréciation de l'invalidité due à ces lésions.			
Quelques cas particuliers			
1o Paralysie de l'accommodation et du sphincter Irien :			
Ophthalmoplégie interne :			
Unilatérale	10 à 15		5 à 20
Bilatérale	20 à 25		
Mydriose déterminant des troubles fonctionnels :			
Unilatérale	5		
Bilatérale	10		

2o Cataractes :			
Ne donnent droit à indemnisation que les cataractes traumatiques et, parmi les cataractes dites pathologiques, celles qui sont consécutives à des affections locales ou générales imputables au service et d'origine dûment caractérisée :			
a. Non opérables. — D'après le tableau d'évaluation ci-dessus ;			
b. Non opérées. — Pension temporaire établie d'après le tableau ci-dessus ;			
c. Opérées ou résorbées. — Si la vision, après correction, est égale ou inférieure à celle de l'œil non cataracté, ajouter, en raison de l'impossibilité de fusionner les images et de la nécessité de porter un verre	15		
sans que l'invalidité dépasse	65		
(taux de la perte de vision d'un œil).			
Exemple :			
VOD sain = 10/10.			
VOG opéré = 5/10 (+10 d) = 32,5 + 15 = 47,5 %.			
ou encore :			
VOD sain = 10/10.			
VOG opéré = 1/10 = 58,5 + 15 = 73,5 % ramenés à 65 %.			
Si la vision de l'œil non cataracte est plus mauvaise ou nulle, se reporter au tableau d'évaluation ci-dessus en donnant la meilleure correction optique à l'œil aphaque et en ajoutant 20 % pour l'obligation de porter des verres et perte d'accommodation.			
Exemple :			
Œil non opéré : 1/10 ;			
Œil opéré : 10/10 (+ 10 d) – 58,5 + 20 = 78,5 % ramené à 65 %			
3o Les luxations du cristallin, les hémorragies Intraoculaires, troubles du vitré, etc., seront estimés d'après le degré de vision : on se souviendra que la plupart de ces lésions sont souvent susceptibles de modifications à échéance plus ou moins lointaine ;			
4o Myopie :			
En principe, si l'on excepte les myopies acquises (myopies consécutives à des taies de cornée, myopies cristalliniennes par sublimation du cristallin, par déchirures zonulaires), la myopie banale, même très élevée, même ayant progressé, même avec des lésions chorlo-rétiniennes étendues, ne saurait en aucun cas donner lieu à pension : la myopie progressive est, en effet, une maladie dont l'apparition et l'évolution spontanées sont déterminées par une prédisposition congénitale et même parfois héréditaire.			

Bien entendu, doivent être indemnisés comme dans tout autre cas :			
1o Les myopes atteints d'hémorragie rétinienne ou de décollement de la rétine à la condition que le traumatisme soit manifestement démontré (mention sur le billet d'hôpital, reliquats cicatriciels, etc.), ou qu'il y ait eu fatigue extrême de la vision chez des hommes jeunes (vingtaine d'années), par suite de travaux spéciaux (travail assidu et prolongé à la lumière artificielle par exemple) ;			
2o Les myopes qui ont présenté une poussée de chorlo-rétinite, à la suite d'une infection générale manifestement démontrée et manifestement contractée en service (fièvre typhoïde, paludisme, etc.).			
Le taux d'invalidité sera évalué d'après le degré de vision ou les altérations du champ visuel.			
Au kératocone non cicatriciel, résultant d'une évolution spontanée, s'appliquent les observations faites pour la myopie.			
Annexes de l'œil — 1 — <i>Orbite osseuse</i>			
1o Destruction d'une partie de l'orbite et de son contenu, y compris l'œil, lésions étendues des sinus : mutilation empêchant toute restauration ou prothèse (voir barèmes de défiguration et d'ote-rhine-laryngologie et de stomatologie) ;			
2o Nerfs moteurs :			
Paralysie d'un ou plusieurs nerfs oculo-moteurs (voir <i>Diplople</i>).			
En cas de paralysie consécutive à une affection du système nerveux central, se reporter à l'affection causale (voir barème spécial) ;			
3o Nerfs sensitifs :	15 à 25		
Névrites, névralgies, très douloureuses			
Lésions de la Ve paire (syndrome neuro-paralytique) suivant le degré de vision	15		
à ajouter au trouble visuel ;			
4o Altérations vasculaires (anévrisme, etc.) : Indemniser les troubles fonctionnels (voir barème spécial).			
— 2 — <i>Paupières</i>			
La curabilité opératoire est de règle pour la plupart des lésions palpébrales :			
Déviations des bords palpébraux (entropion, trichiosis, ectropion, cicatrices vicieuses, symblépharon, ankyloblépharon), suivant étendue, ajouter à la diminution de la vision et à la défiguration éventuelle (1)	5 à 20		
Entropion, trichiasis :			
a. A un œil			10 à 20

<i>b.</i> Aux deux yeux			20 à 50
Symblépharon :			
<i>a.</i> A un œil			0 à 10
<i>b.</i> Aux deux yeux			10 à 20
Ptosis (curabilité opératoire) suivant le degré où le pupille ne pourra être découverte :			
<i>a.</i> A un œil	5 à 25		5 à 10
<i>b.</i> Aux deux yeux	20 à 70		20 à 100
Lagophtalmie cicatricielle ou paralytique. Ajouter aux troubles visuels :			
<i>a.</i> Pour un œil	10		15 à 20
<i>b.</i> Pour les deux yeux			30 à 60
Voies lacrymales (curabilité opératoire) :			
Larmoiement	0 à 10		
Épiphora :			
<i>a.</i> A un œil			1 à 10
<i>b.</i> Aux deux yeux			10 à 20
Fistules (résultant par exemple, de dacryocystite ou de lésions osseuses) :			
Pour chaque œil	5 à 10		
(1) Pour l'indemnisation de la défiguration, voir p. 154 et spécialement la circulaire 0403 CS/558 EMP du 24 janvier 1958 (p. 280).			

DÉSIGNATION DES INFIRMITÉS
VI-A
APPAREIL RESPIRATOIRE
Décret no 99-490 du 10 juin 1999
Chapitre Ier
Préambule
Les affections de l'appareil respiratoire ne se traduisent pas toujours par un déficit de la fonction respiratoire.

Les signes cliniques, entachés de subjectivité, comme les examens radiologiques, qui donnent des images statiques, ne permettent pas à eux seuls d'apprécier le handicap respiratoire.

L'évaluation du déficit respiratoire reposera essentiellement sur l'exploration fonctionnelle respiratoire et la détermination, dans le sang artériel, de l'équilibre acide/base et des pressions partielles d'oxygène et de gaz carbonique.

Les normes utilisées seront celles publiées sous l'égide de la Société européenne de pneumologie en 1993.

En cas de pathologies multiples touchant l'appareil respiratoire, dont aucune n'entraîne l'invalidité absolue, l'invalidité globale sera calculée en fonction de la validité respiratoire restante. Si une des infirmités atteint l'invalidité totale, les autres s'inscriront en suspension.

Chapitre II

Aspects cliniques et évaluation des taux d'invalidité

Section A

Les insuffisances respiratoires chroniques

L'exploration fonctionnelle des insuffisances respiratoires chroniques comportera obligatoirement une spirométrie avec une courbe des débits et des volumes et mesure de la capacité résiduelle fonctionnelle permettant le calcul du volume résiduel.

Le bilan pourra éventuellement être complété par la mesure de la capacité de transfert du monoxyde de carbone (*CO*), une étude de la gazométrie sanguine de repos, voire d'effort, ou la mesure de la saturation en oxygène de l'hémoglobine (*SaO₂*) transcutanée.

Par ailleurs, la détermination de la consommation maximale d'oxygène à l'effort peut être utile pour évaluer le déficit respiratoire.

La diminution de la capacité pulmonaire totale (*CPT*) définit le syndrome restrictif.

La diminution du rapport *VEMS/CV* définit le syndrome obstructif (*VEMS* = volume expiratoire maximum seconde – *CV* = capacité vitale).

Les débits pulmonaires supérieurs à 80 % de la norme sont considérés comme normaux, il en est de même des volumes pulmonaires compris entre 80 et 120 % de la norme.

Dans ces cas, le taux d'invalidité ne peut être de plus de 10 %.

On définira quatre stades d'insuffisance respiratoire :

1o L'insuffisance respiratoire modérée :

— syndrome restrictif avec *CPT* comprise entre 71 et 80 % de la valeur théorique ;

— syndrome obstructif (diminution du rapport *VEMS/CV*) avec *VEMS* compris entre 61 et 80 % de la valeur attendue ;

— diminution des volumes pulmonaires et débits expiratoires de moins de 20 %, mais s'accompagnant d'une hypoxémie d'effort et/ou d'une diminution de la capacité de transfert du *CO* normée par rapport au volume alvéolaire de plus de 30 %.

Taux d'invalidité : 20 à 40 %.

2o L'insuffisance respiratoire moyenne :

— syndrome restrictif avec *CPT* comprise entre 61 et 70 % de la valeur théorique ;

— syndrome obstructif avec *VEMS* entre 51 et 60 % de la valeur attendue ;

Taux d'invalidité : 40 à 60 %.

3o L'insuffisance respiratoire grave :

— syndrome restrictif avec *CPT* comprise entre 40 et 60 % de la valeur théorique ;

— syndrome obstructif avec *VEMS* compris entre 40 et 50 % de la valeur attendue ;

— la constatation d'une hypoxémie de repos avec *PaO2* entre 60 et 70 mmHg, contrôlée à l'état stable, à distance de tout épisode de surinfection, avec ou sans signe de retentissement cardiaque droit objectivé par l'électrocardiogramme et l'échographie cardiaque, fera entrer le malade dans la catégorie des insuffisances respiratoires graves.

Il en sera de même lors de l'existence du syndrome d'apnée du sommeil nécessitant un appareillage (pression positive continue par voie nasale).

Taux d'invalidité : 60 à 90 %.

4o L'insuffisance respiratoire sévère :

— syndrome restrictif avec *CPT* inférieure à 40 % de la valeur théorique ;

— syndrome obstructif avec *VEMS* inférieur à 40 % de la valeur attendue ;

— toute insuffisance respiratoire mixte : obstructive et restrictive, avec diminution des volumes et des débits supérieure ou égale à 40 %, entre dans le cadre des insuffisances respiratoires sévères ;

— la constatation d'une hypoxémie de repos avec *PaO2* inférieure à 60 mmHg, contrôlée dans les mêmes conditions que ci-dessus, ou justifiant une oxygénothérapie de longue durée, fera entrer le malade dans la catégorie des insuffisances respiratoires sévères, il en sera de même lorsqu'une hypercapnie nécessitera la mise en œuvre d'une ventilation assistée à domicile.

Taux d'invalidité : 100 %.

Les traumatismes thoraco-pulmonaires et chirurgie thoracique

1o Les traumatismes thoraco-pulmonaires :

Fracture du sternum : 10 à 20 % :

Fracture de côtes :

— non compliquée ; taux nul ;

— avec des séquelles douloureuses : 10 à 30 % ;

— avec une gêne des mouvements par consolidation vicieuse : 30 % ;

— avec des séquelles fonctionnelles respiratoires : invalidité à évaluer selon les critères définis au chapitre concerné.

Hémothorax :

— avec des séquelles douloureuses : 10 à 20 % ;

— avec des séquelles fonctionnelles respiratoires : invalidité à évaluer selon les critères définis au chapitre précédent.

Plaie pulmonaire ;

Conclusion pulmonaire ;

Rupture trachéo-bronchique ;

Paralysie diaphragmatique,

les invalidités consécutives aux quatre atteintes précédentes seront à évaluer selon les critères d'insuffisance fonctionnelle respiratoire définis au chapitre concerné.

2o La chirurgie thoracique :

Séquelles opératoires :

— thoracoplastie : l'invalidité sera évaluée en fonction du nombre de côtes réséquées et des déformations séquellaires : 20 à 40 %.

Les séquelles fonctionnelles respiratoires seront appréciées en considération des critères développés au chapitre concerné ;

— thoracotomie : on tiendra compte des séquelles fonctionnelles appréciées selon les critères développés au chapitre concerné et d'éventuelles douleurs telles que celles évaluées au chapitre des fractures.

Exérèses pulmonaires :

— pneumonectomie : 60 à 70 % ;

— lobectomie ou bilobectomie droite : 30 à 50 %.

Ces infirmités entraînant obligatoirement des perturbations de l'exploration fonctionnelle, celle-ci ne sera pas étudiée : la fonction respiratoire sera en l'occurrence appréciée par d'autres moyens (cliniques, radiologiques, etc.).

Section C

Pathologie tumorale de l'appareil respiratoire

Tumeur bénigne : le taux d'invalidité sera fixé compte tenu des séquelles fonctionnelles respiratoires.

Tumeur maligne évolutive : 100 %.

Les séquelles de tumeur maligne seront appréciées après un recul d'un an suivant l'arrêt du traitement.

Section D

Atteintes de la trachée et des bronches

Trachéotomie définitive : 100 %.

Sténose trachéale : en fonction de la gêne respiratoire : 20 à 80 %.

Dilatation des bronches :

— avec bronchorrhée ou hémoptysie sans insuffisance respiratoire : 20 à 40 % ;

— avec insuffisance respiratoire : le taux d'invalidité sera évalué en fonction des critères définis au chapitre concerné.

Bronchite chronique :

— simple, sans anomalie de la fonction respiratoire, toux et expectoration survenant plus de trois mois par an au moins pendant deux années consécutives : 5 à 20 % ;

— obstructive, avec ou sans emphysème ; le taux d'invalidité sera évalué en fonction des critères d'insuffisance respiratoire définis au chapitre concerné.

Emphysème primitif : le taux d'invalidité sera évalué en fonction des critères d'insuffisance respiratoire définis au chapitre concerné.

Asthme :

— crises rares, sans gêne intercritique : 10 à 30 % ;

— crises fréquentes ou graves : 40 à 60 % ;

— asthme avec gêne intercritique et asthme à dyspnée continue : 70 à 100 %.

Section E

Atteintes des poumons

Séquelles de pneumopathie aiguë bactérienne, virale, mycosique, parasitaire, abcédée ou non : évaluation en fonction des critères d'insuffisance respiratoire définis au chapitre concerné.

Sarcoïdose sans atteinte fonctionnelle respiratoire, sans trouble de diffusion et sans atteinte extra-pulmonaire : 10 à 20 %.

Sarcoïdose avec retentissement sur la fonction respiratoire : l'invalidité sera évaluée selon les critères d'insuffisance respiratoire définis au chapitre concerné : 20 à 100 %.

Sarcoïdose avec localisation extra-pulmonaire : à évaluer selon le ou les organes atteints en fonction de la gêne fonctionnelle engendrée.

Autres atteintes pulmonaires :

— fibrose interstitielle diffuse ;

— histiocytose X ;

— alvéolites allergiques extrinsèques ;

— pathologie pulmonaire iatrogène et toxique ;

— pneumoconioses.

Les taux d'invalidité seront évalués en fonction des critères d'insuffisance respiratoire définis au chapitre concerné.

Section F

Atteintes de la plèvre

Pleurésie séro-fibrineuse tuberculeuse en phase aiguë : 30 à 100 %.

Le taux d'invalidité sera évalué en fonction de l'importance des signes cliniques et radiologiques, du degré de retentissement sur l'état général et sur la fonction respiratoire ; il sera revu au moins six mois après l'arrêt du traitement et apprécié selon les critères d'insuffisance respiratoire définis au chapitre concerné.

Pleurésie néoplasique ou tumeur pleurale maligne : 100 %.

Le taux d'invalidité sera révisé au bout de trois ans en fonction des séquelles, si les thérapeutiques spécifiques ont été arrêtées depuis un an au moins.

Pleurésie séro-fibrineuse d'autre nature : le taux d'invalidité sera évalué en fonction des critères d'insuffisance respiratoire définis au chapitre concerné.

Pathologie pleurale bénigne de l'amiante : le taux d'invalidité sera évalué en fonction des critères d'insuffisance respiratoire définis au chapitre concerné.

Pleurésie purulente : le taux d'invalidité sera évalué en fonction des séquelles douloureuses et des critères d'insuffisance respiratoire définis au chapitre concerné.

Pneumothorax idiopathique traité médicalement ou chirurgicalement : indemnisé en fonction des séquelles douloureuses et des critères d'insuffisance respiratoire définis au chapitre concerné.

Section G

Médiastin

Pathologie maligne tumorale ou ganglionnaire : 100 %.

Le taux d'invalidité sera révisé au bout de trois ans et apprécié en fonction des séquelles, si les thérapeutiques spécifiques ont été arrêtées depuis un an au moins.

Tumeur bénigne : le taux d'invalidité sera évalué en fonction des séquelles douloureuses et des critères d'insuffisance respiratoire définis au chapitre concerné.

Section H

Tuberculose pulmonaire

Pour cette affection, bien que les progrès thérapeutiques permettent d'obtenir une guérison dans des délais largement inférieurs à trois ans, l'indemnisation de la phase aiguë ne pourra pas être reconsidérée avant cette date.

En phase aiguë, le taux d'invalidité sera attribué impérativement pour trois ans (cf. art. L. 8 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre) : 100 %.

Séquelles de tuberculose pulmonaire, ganglionnaire (ganglions médiastinaux uniquement) ou pleurale : le taux d'invalidité sera apprécié en fonction des critères d'insuffisance respiratoire définis au chapitre concerné. Cependant, l'évaluation des séquelles doit tenir compte des critères modernes d'appréciation de la guérison, que sont l'absence depuis plus de six mois de *BK* aux examens directs (crachats ou tubages) et l'absence de manifestations radiologiques et cliniques d'évolutivité après six mois de traitement régulièrement conduits.

DÉSIGNATION DES INFIRMITÉS	POURCENTAGE d'invalidité	POURCENTAGE réservé aux bénéficiaires des articles L 12 et L 13 bis du Code lorsque ce pourcentage est plus avantageux	
		1987	1915
	p. 100	p. 100	p. 100
B. <i>Tuberculose osseuse et articulaire</i> (décret du 16 juin 1925).			
Par modification au guide-barème annexé au décret du 29 mai 1919, l'évaluation de la tuberculose osseuse ou articulaire est ainsi fixée :			
1e Lorsque les lésions de tuberculose osseuse ou articulaire ne sont pas consolidées, quelle qu'en soit la localisation et quel qu'en soit le degré de gravité, il doit être attribué un pourcentage d'invalidité de 100 % ;			
2e Lorsque les lésions de tuberculose osseuse ou articulaire sont consolidées, il convient de faire déterminer le pourcentage correspondant à l'invalidité réelle ; et, pour tenir compte de la nature particulière de l'affection, ce pourcentage est majoré de 10 %, 15 % ou 20 % suivant que l'intéressé paraîtra tenu à plus ou moins de ménagements.			
C. <i>Tuberculoses viscérales</i> (décret du 17 juillet 1931).			
Les dispositions du décret du 08 août 1924 sont applicables à toutes les tuberculoses viscérales.			
D. <i>Autres localisations de la tuberculose</i> (décret du 17 octobre 1919).			
Art. 2. — En ce qui concerne les autres localisations de la tuberculose, les évaluations prévues dans les divers guides-barèmes pourront être majorées selon l'importance des lésions, mais seulement après examen supplémentaire approfondi d'un spécialiste qualifié (médecin ou chirurgien, selon les cas) démontrant la nature tuberculeuse de ces lésions, la gravité de leur évolution et la nécessité du repos.			

DÉSIGNATION DES INFIRMITÉS		
VI-B		
AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES (1)		
Considérations générales		
Les conditions de l'expertise cardio-vasculaire sont radicalement transformées par les progrès des méthodes d'évaluation et de la thérapeutique.		

La précision des premières remet en question la notion classique de trouble fonctionnel, expression particulière, inconstante et non spécifique de la souffrance des organes, et pourtant fondement de l'expertise. Ainsi les douleurs précordiales, les palpitations, la dyspnée peuvent traduire aussi bien une souffrance cardiaque qu'un état anxieux, éventuellement constitutionnel. Cependant, l'origine ischémique des douleurs peut être affirmée par l'épreuve d'effort, l'arythmie cardiaque par l'enregistrement électrocardiographique de longue durée, l'atteinte myocardique par l'échocardiographie. A l'inverse, chez certains, l'ischémie myocardique est indolore et ne s'exprime que par des modifications transitoires de l'électrocardiogramme, seulement révélées par les enregistrements continus ou d'effort, mais dont la signification identique conduit à limiter de la même façon l'activité des patients.

Le souci de justice présidant à l'expertise impose donc de confronter les plaintes fonctionnelles à des explorations non agressives et plus performantes que les examens électrocardiographiques, radiologiques ou biologiques courants : échographie et vélocimétrie, doppler, électrocardiogramme de longue durée, éventuellement techniques isotopiques. Jusqu'à présent exclue de l'expertise, l'épreuve ergométrique, convenablement indiquée et réalisée avec toutes les précautions d'usage, peut et doit y être introduite car elle est particulièrement apte à objectiver et quantifier le retentissement fonctionnel des cardiopathies.

Enfin, l'expert devra tenir compte de la clarification des cadres nosologiques, de l'identification d'entités nouvelles et de la transformation profonde des modalités évolutives des affections cardio-vasculaires par l'introduction de médicaments puissants et de techniques instrumentales ou chirurgicales efficaces mais non exemptes de séquelles.

(1) Décret no 96-1099 du 16 décembre 1996

A. — Cœur

I. Insuffisance cardiaque :

L'insuffisance cardiaque, aboutissement de toutes les cardiopathies, doit être définie avec précision par la confrontation des signes cliniques aux données objectives fournies par les explorations morphologiques et fonctionnelles : radiologie, échocardiographie et épreuves ergométriques : les différentes modalités électrocardiographiques permettent de reconnaître l'existence ou non de troubles du rythme et de la conduction.

Ainsi peut-on définir trois stades d'insuffisance cardiaque :

a) L'insuffisance cardiaque légère : avec troubles fonctionnels aux efforts prolongés, absence de signes de décompensation sous traitement, absence de dilatation cardiaque :

— sans trouble du rythme : 10 à 30 p. 100 ;

— avec trouble du rythme : 30 à 40 p. 100 ;

b) L'insuffisance cardiaque moyenne : avec troubles fonctionnels pour des efforts modérés, corroborés par l'existence d'épisodes d'insuffisance cardiaque congestive ou l'existence d'un seuil ergométrique franchement diminué ou d'une dilatation cardiaque (radiologiquement ou échographiquement confirmée) : 40 à 70 p. 100 ;

c) L'insuffisance cardiaque grave : avec troubles fonctionnels au moindre effort ou au repos, accompagnés de signes de décompensation cardiaque permanents, avec retentissement radiologique et échographique important : 70 à 100 p. 100.

2. Affections valvulaires :

a) Atteintes valvulaires parfaitement compensées, sans signe fonctionnel, sans trouble du rythme : 0 p. 100 ;

b) Atteintes valvulaires avec signes fonctionnels (angor, palpitations, syncopes, etc.) sans signe de décompensation, sans trouble du rythme, selon le retentissement fonctionnel : 10 à 30 p. 100 ;

c) Atteintes valvulaires avec troubles du rythme permanents ou intermittents : 30 à 40 p. 100 ;

d) Atteintes valvulaires avec insuffisance cardiaque : à apprécier suivant le degré de l'insuffisance cardiaque (voir A. — Cœur, insuffisance cardiaque) ;

e) Après chirurgie valvulaire (voir D. — Séquelles de thérapeutiques chirurgicales).

3. Affections péricardiques :

a) Séquelles de péricardite aiguë :

— séquelles fonctionnelles (aigles, dyspnéal, sans signe électrocardiographique, radiologique ou échographique, sans signe biologique d'inflammation : 0 à 10 p. 100 ;

— forme récidivante, authentifiée par des examens cliniques et électrocardiographiques, avec ou sans manifestation biologique ou échographique, selon la durée, le retentissement et la thérapeutique : 10 à 40 p. 100 ;

b) Atteintes péricardiques chroniques ou séquelles d'hémopéricarde, avec ou sans calcification péricardique :

— sans signe objectif de constriction, selon le retentissement fonctionnel : 10 à 30 p. 100 ;

— avec des signes de constriction péricardique : à apprécier suivant le degré de l'insuffisance cardiaque (voir A. — Cœur, insuffisance cardiaque) ;

c) Péricardite tuberculeuse :

— en évolution : 100 p. 100 ;

— ensuite, évaluer les séquelles selon les modalités précédentes ;

d) Chirurgie péricardique (voir D. — Séquelles de thérapeutiques chirurgicales).

4. Myocardites, myocardiopathies et fibroses myocardiques :

Après la phrase aiguë ou en cas d'atteinte d'emblée chronique :

— en l'absence de trouble du rythme et d'insuffisance cardiaque, selon le retentissement fonctionnel (précardialgies, syncopes, lipothymies...) : 10 à 30 p. 100 ;

— avec des troubles du rythme, selon la gravité, le caractère permanent ou paroxystique : 30 à 40 p. 100 ;

— myocardites, myocardiopathies et fibroses myocardiques avec insuffisance cardiaque : à apprécier suivant le degré de l'insuffisance cardiaque (voir A. — Cœur, insuffisance cardiaque).

5. Insuffisance coronarienne :

a) Il convient de préciser la part qui revient :

— à l'athérosclérose sous-jacente et aux facteurs de risque, pratiquement constants ;

— aux faits de service, à l'origine d'un angor ou d'un infarctus du myocarde ;

b) L'insuffisance coronarienne sera affirmée soit par l'*ECG* de repos ou par les tests ergométriques ou par l'*ECG* ambulatoire, soit, de façon exceptionnelle, par des examens plus spécialisés (examens isotopiques et/ou coronarographiques) ;

c) On distinguera :

— l'ischémie d'effort (avec ou sans angor), sans complication myocardique ou rythmique :

— forme contrôlée par le traitement médical : 30 à 40 p. 100 ;

— angor invalidant : 40 à 80 p. 100 ;

— l'ischémie (avec ou sans angor), avec dysfonctionnement ventriculaire gauche échographique ou isotopique, sans trouble du rythme ni signe de décompensation (ces taux peuvent être majorés en cas d'angor invalidant) : 30 à 40 p. 100 ;

— l'ischémie avec troubles du rythme ventriculaire (ces taux peuvent être majorés en cas d'angor invalidant) : 30 à 50 p. 100 ;

— l'ischémie avec insuffisance cardiaque : à apprécier suivant le degré de l'insuffisance cardiaque (voir A. — Cœur, insuffisance cardiaque).

En cas d'infarctus du myocarde, les séquelles seront évaluées selon les modalités précédentes.

6. Troubles du rythme et de la conduction :

Lorsqu'ils sont isolés, sans cardiopathie sous-jacente caractérisée, après confirmation par explorations rythmologiques :

a) Troubles chroniques du rythme cardiaque selon le retentissement (signes fonctionnels et examens complémentaires) :

— léger : 0 à 10 p. 100 ;

— moyen : 10 à 30 p. 100 ;

— sévère malgré la thérapeutique : 30 à 70 p. 100 ;

b) Crises de tachycardie paroxystique :

— sporadiques, sans retentissement majeur : 10 à 30 p. 100 ;

— fréquentes et/ou prolongées, avec retentissement important sur l'activité : 30 à 70 p. 100 ;

c) Arythmie complète par fibrillation auriculaire :

— bien tolérée : 10 à 30 p. 100 ;

— mal tolérée malgré le traitement : 30 à 70 p. 100 ;

d) Troubles conductifs selon le retentissement :

— léger : 0 à 10 p. 100 ;

— moyen : 10 à 30 p. 100 ;

— sévère malgré la thérapeutique : 30 à 70 p. 100.

7. Cardiopathies congénitales :

Elles ne donnent lieu à évaluation du taux qu'en cas d'aggravation imputable au service.

B. — *Vaisseaux*

1. Lésions artérielles :

a) Anévrisme aortique (traumatique, exceptionnellement infectieux), dissection aortique, à évaluer en fonction du retentissement fonctionnel et de la localisation : 40 à 100 p. 100 ;

b) Artères périphériques :

— oblitération et sténose artérielle.

Les troubles fonctionnels seront évalués par la confrontation des éléments cliniques et paracliniques :

— avec troubles fonctionnels, sans ischémie permanente : 15 à 40 p. 100 ;

— avec troubles trophiques surajoutés, en rapport avec une ischémie permanente : 40 à 70 p. 100.

L'infirmité sera évaluée distinctement sur chaque membre :

— anévrismes artériels, anévrismes artério-veineux.

L'invalidité est à évaluer selon les conséquences fonctionnelles énoncées ci-dessus, y compris l'insuffisance cardiaque.

2. Lésions veineuses :

a) Séquelles de thromboses veineuses :

Elles seront appréciées selon le retentissement fonctionnel, leur caractère uni ou bilatéral, l'existence d'œdèmes permanents ou intermittents et de troubles trophiques (ulcères variqueux, etc.) :

— troubles fonctionnels modérés à la marche et à la station debout et œdèmes intermittents : 5 à 30 p. 100 ;

— troubles fonctionnels plus importants, œdèmes et troubles trophiques permanents : 30 à 70 p. 100.

<p><i>Nota.</i> — En cas de cœur pulmonaire chronique thrombo-embolique, se reporter aux taux d'évaluation de l'insuffisance cardiaque.</p> <p>b) Les varices :</p> <p>Elles ne donnent lieu à évaluation qu'en présence de troubles fonctionnels et trophiques, selon les données ci-dessus.</p>	
<p>C. — <i>Hypertension artérielle</i></p>	
<p>1. Hypertension artérielle essentielle :</p> <p>Rechercher tous les indices d'un terrain hypertensif constitutionnel (predisposition familiale). La réalité de l'hypertension artérielle ne sera affirmée qu'avec une méthodologie rigoureuse :</p> <p>a) Elévation isolée des chiffres tensionnels sans retentissement viscéral : 15 p. 100 ;</p> <p>b) Elévation des chiffres tensionnels :</p> <p>— avec cardiopathie hypertensive compensée : 30 à 40 p. 100 ;</p> <p>— avec cardiopathie hypertensive décompensée : 40 à 100 p. 100 ;</p> <p>c) Autres retentissements viscéraux :</p> <p>Voir les chapitres correspondants.</p> <p>2. Hypertension artérielle secondaire :</p> <p>Voir les rubriques glandes endocrines et appareil génito-urinaire du guide-barème des invalidités.</p>	

<p>DÉSIGNATION DES INFIRMITÉS</p>	<p>POURCENTAGE d'Invalidité</p>	<p>POURCENTAGE réservé aux bénéficiaires des articles L 12 et L 19 bis du Code lorsque ce pourcentage est plus avantageux</p>

		1887	1915
D. — <i>Séquelles de thérapeutiques chirurgicales (à l'exclusion de la transplantation cardiaque) et instrumentales (1)</i>			
Dans la majorité des cas, ces thérapeutiques entraînent une amélioration des troubles.			
Seules sont prises en compte, pour justifier une modification du taux global d'invalidité :			
— les séquelles pariétales, appréciées selon l'état des cicatrices et des douleurs résiduelles : 5 à 30 p. 100 ;			
— les complications de la thérapeutique chirurgicale ou instrumentale (1) : se reporter, selon le type de complication, aux chapitres correspondants.			
E. — <i>Transplantation cardiaque ou technique équivalente</i>			
Le taux d'invalidité sera évalué en fonction de la gêne fonctionnelle et de l'atteinte de l'état général : 30 à 100 p. 100.			
(1) On regroupe sous ce terme les diverses modalités des angioplasties, la mise en place de stimulateurs cardiaques.			
VII. — ABDOMEN			
Estomac			
<i>Ulcère chronique</i>		65 (1)	50
a. Séquelles cicatrisées	30 à 50		
b. Rétrécissement du pylore, dilatation d'estomac, amaigrissement	50 à 80		
c. Adhérences douloureuses	10 à 40		
(1) Voir circulaire no 513EMP du 7 juin 1950 — circulaire no 526EMP du 11 août 1951 — circulaire no 562EMP du 11 juillet 1956 p. 295, 296, 298.			
Ces circulaires exposent quelques principes sur l'indemnisation de la gastrectomie et de la gastro-entéro-anastomose.			
	p. 100	p. 100	p. 100
<i>Fistule stomacale</i> . Curabilité opératoire, sinon en raison de la dénutrition rapide, des soins constants, des douleurs, des complications	50 à 90	80	100
Intestin grêle			
<i>Fistules intestinales</i> . Curabilité opératoire, sinon :			
a. Fistules étroites	20 à 30		
b. Fistules larges, bas situées	40 à 70	65	
c. Fistules larges, haut situées	70 à 90		
Anus contre nature très incontinent		80	100
Gros intestin			
Hémorroïdes volumineuses et permanentes :			

<i>a.</i> Sans retentissement sur l'état général			20
<i>b.</i> Ayant amené l'affaiblissement de la constitution		60	50
<i>Fistules stercorales.</i> Curabilité opératoire, sinon :			
<i>a.</i> <i>Fistule stercorale étroite</i> , ne livrant passage qu'à des gaz et à quelques matières liquides	20 à 30	65	
<i>b.</i> <i>Fistule stercorale</i> , livrant passage à une certaine quantité de matières, la défécation s'effectuant à peu près normalement	30 à 40	65	50
<i>Anus artificiel ou colostomie</i> en fonction du siège, du degré d'incontinence, de l'efficacité de l'appareillage et du retentissement sur l'état général	80 à 100	80	100
<i>Prolapsus du rectum</i> : voir incontinence ou rétention fécale		65	40 à 50
<i>Fistules anales</i> : suivant leur siège (extra-sphinctérienne ou intra-sphinctérienne), leur nombre est leur étendue, curabilité opératoire, sinon	10 à 40	65	20 à 40
<i>Incontinence ou rétention fécale</i> par lésions du sphincter ou de l'orifice anal avec ou sans prolapsus du rectum	30 à 70		
<i>Entérites chroniques</i> :			
— suivant le retentissement sur l'état général	20 à 70		
— sans détérioration de la constitution			20
— avec détérioration de la constitution			50
<i>Dysenteries chroniques</i>	20 à 50		
— avec détérioration modérée de la constitution			20
— avec détérioration de la constitution : un degré accentué		65	50 à 70
<i>Péritonite tuberculeuse</i> (1)	100		
<i>Péritonite chronique</i> d'origine traumatique			70
<i>Hernies</i> : exclusivement celles qui ont été produites ou aggravées brusquement par un effort ou par un accident ; curabilité opératoire, sinon :			
<i>a.</i> Inguinale	10 à 20		10 à 30
<i>b.</i> Crurale	10 à 30		10 à 20
<i>c.</i> Inguinale ou crurale unique ou double lorsqu'elle est irréductible ou présente des difficultés exceptionnelles de contention		60	
<i>d.</i> Bilatérale	20 à 30		5 à 10
<i>e.</i> Épigastrique	10 à 20		30
Parois de l'abdomen			
<i>Cicatrices ou éventrations.</i> Curabilité opératoire, sinon :			

a. Cicatrices sans hernie ni éventration très larges et adhérentes, limitant les mouvements du tronc	10 à 30		5 à 10
b. Cicatrice avec hernie localisée	10 à 20		
c. Cicatrice avec éventration	30 à 60	65	10 à 20
Hernie ou éventration, sans cicatrices, consécutive à des ruptures musculaires étendues	10 à 40	65	20 à 60
(1) Voir circulaire no 571 EMP du 24 juin 1958 p. 282.			
Éventration hypogastrique	10 à 20	65	20 à 60
Paralysie partielle des muscles de l'abdomen par lésions des nerfs de la paroi	5 à 10		
En cas d'éventration lombaire concomitante (voir plus bas).			
Foie			
(Voir également le guide barème pour l'évaluation de l'invalidité chez les Déportés et Internés).			
Fistules biliaires ou purulentes-traumatiques ou post-opératoires (curabilité opératoire), sinon	20 à 60		
Hépatite chronique. (Voir Maladies exotiques.)			
Ratz			
Splénectomie	20 à 50		40 à 50
Leucémie			80 à 100
Pancréas			
Diabète sucré	5 à 30		30 à 70
VIII. — APPAREIL GÉNITO-URINAIRE			
Décret no 96-830 du 13 septembre 1996 (voir également le guide barème pour l'évaluation de l'invalidité chez les déportés et internés — pages 239-240 bis)			
Chapitre Ier			
<i>Principes généraux de l'expertise</i>			
Le code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre ne permet l'indemnisation que des seules infirmités.			
Devant la constatation d'une albuminurie, c'est l'atteinte de la fonction rénale qui doit être prise en compte.			
Les invalidités qui ne portent pas atteinte à la fonction rénale devront être estimées à part.			

--

Le taux d'invalidité des infirmités génito-urinaires multiples sera calculé conformément à l'article L. 14 du code, sauf en cas d'invalidité absolue de l'une d'entre elles : tuberculose évolutive, insuffisance rénale terminale, tumeur maligne évolutive, qui permettra l'inscription en suspension des infirmités supplémentaires, cela en application de l'article L. 16.

Les pathologies spécifiques comme les affections cancéreuses ou la tuberculose, qui font déjà l'objet d'une réglementation particulière, doivent de ce fait être traitées de la manière suivante :

— pour les affections cancéreuses : indemnisation à 100 % pendant la phase évolutive, puis indemnisation des séquelles selon le présent guide-barème lors des révisions triennales, à condition qu'elles puissent être appréciées après le recul d'un an suivant l'arrêt du traitement ;

— pour la tuberculose : indemnisation à 100 % pendant la phase évolutive, en sachant que les critères modernes d'activité qui peuvent être retenus sont actuellement les suivants : persistance de *BK* sous traitement, aux examens répétés tous les six mois, ou aggravation des manifestations cliniques et/ou radiologiques après six mois de traitement régulièrement conduit : si, au bout de trois ans, aucun critère d'activité ne peut être retenu, il sera alors fait estimation des séquelles conformément au présent guide-barème.

CHAPITRE II

Indemnisation

Section A

Les insuffisances rénales chroniques

La clairance de la créatinine endogène est utilisée pour l'appréciation de l'importance de l'insuffisance rénale, aboutissement des néphropathies.

On distinguera trois niveaux d'insuffisance rénale :

a) Insuffisance rénale modérée :

Clairance de la créatinine inférieure à 80 ml/mn et supérieure à 30 ml/mn ;

Taux d'invalidité : 30 à 50 %.

b) Insuffisance rénale sévère :

Clairance de la créatinine inférieure à 30 ml/mn :

Taux d'invalidité : 50 à 70 %.

c) Insuffisance rénale totale :

Elle nécessite une épuration extra-rénale. Le taux d'invalidité est fonction de la technique et de la tolérance de l'épuration rénale :

Taux d'invalidité : 100 %.
<i>Section B</i>
Les transplantations rénales et complications éventuelles
Taux 100 % pendant trois ans.
Après trois ans : 30 % si les résultats fonctionnels sont bons.
S'il persiste une insuffisance rénale résiduelle : tenir compte des niveaux d'insuffisance rénale.
(Voir A. — « Insuffisances rénales chroniques ».)

DÉSIGNATION DES INFIRMITÉS	POURCENTAGE d'Invalidité
<i>Section C</i>	
Pathologie concernant le rein	
<p>Pyélonépluite :</p> <p>Accident aigu sans séquelle : non indemnisable.</p> <p>Récurrente : fonction de l'insuffisance rénale.</p> <p>(Voir A. — « Insuffisances rénales chroniques ».)</p> <p>Lithiase :</p> <p>Sans insuffisance rénale :</p> <p>— bien tolérée : 10 % ;</p> <p>— compliquée : 20 à 40 % si unilatérale ; 30 à 50 % si bilatérale ou rein unique ;</p> <p>Avec insuffisance rénale :</p>	

(Voir A. — « Insuffisances rénales chroniques ».)		
		Pourcentages
Atrophie rénale		30
Fistule urinaire		50
Néphrectomie partielle (sans complication)		10
Néphrectomie unilatérale		50
Néphrectomie totale non compensée par une greffe (la réussite de cette dernière ne saurait être appréciée qu'après un recul d'une année)		100
Hydronéphrose acquise ou congénitale aggravée :		
Bien tolérée		10 à 20
Compiquée		20 à 40
Bilatérale (à estimer selon les niveaux d'insuffisance rénale)		
(Voir A. — « Insuffisances rénales chroniques ».)		
Urétérostomie cutanée : —		
Unilatérale		40
Bilatérale		60
Dérivation urétero-colique :		
Unilatérale		40
Bilatérale		60
Urélérosiomie cutanée transiléale		50
<i>Section D</i>		
Pathologie concernant la vessie		
		Pourcentages
Entéro-cystoplastie non compliquée		40
Fistule vésicale et cystostomie définitive		40 à 50
Fistule vésico-intestinale définitive		60
Infection urinaire basse persistante		30
Sonde vésicale à demeure		40 à 50
Incontinence d'urine permanente appareillée ou non		40 à 50

Incontinence d'urine orthostatique ou à l'effort	10 à 20	
<i>Section E</i>		
Pathologie de l'urètre		
	Pourcentages	
Rétrécissement traité :		
Avec débimétrie normale	< 10	
Avec débimétrie réduite	10 à 40	
<i>Section F</i>		
Pathologie intéressant l'appareil génital masculin		
	Pourcentages	
Courbure de verge post-traumatique	30 à 40	
Ampulation de verge :		
Partielle	40	
Totale	60	
Castration ou atrophie :		
Unilatérale	10	
Bilatérale	50	
Emasculation (amputation de verge plus castration bilatérale)	100	
Infection génitale chronique	10 à 40	
Hypo ou anérection objectivée par examens complémentaires	20 à 50	
Anéjaculation, éjaculation rétrograde	20 à 30	
Azoospermie ou oligo asthénospermie avec stérilité	20 à 50	
<i>Nota.</i> — Les troubles endocriniens et psychiatriques donnent lieu à indemnisation séparée.		
<i>Section G</i>		
Pathologie intéressant l'appareil génital féminin		
Syndromes cliniques douloureux :		
Dyspareunie, vaginisme	10 à 20	

Dysménorrhée essentielle par rétroversion, par synéchies, par métrite ou salpingo-ovarite	10	
Autres : séquelles de pyosalpiax, péritomite pelvienne, rupture de <i>GEU</i> , torsion d'annexes	10	
Seins : séquelles de lymphangite et abcès	10	
Syndromes cliniques d'origine hormonale :		
Spanioménorrhée, aménorrhée, ménorragies, métrorragies, syndrome de Stein-Leventhal, mastodynies	10	
Stérilité :		
Vaginale (pH), utérine (synéchies, malformations), tubaire (infection : tuberculose, chlamydie, maladies sexuellement transmissibles), ovarienne, hypophysaire	20 à 30	
Prolapsus :		
Uréto-cystocèle simple, rectocèle, avec incontinence anale, hystéroptose	10	
Complet (cystocèle, hystéroptose, rectocèle)	10 à 20	
Fistules :		
Vésico-vaginales	20 à 40	
Recto-vaginales	40 à 60	
Tumeurs bénignes :		
Génitales : bartholinite chronique, polypes, fibro-myome, kyste ovarien	10	
Seins : fibrome, adénome, kyste galactophorique, maladie fibro-kystique de Recklinghausen, maladie de Paget	10	
Cancers :		
En phase évolutive	100	
Après thérapeutique (vulve, col utérin, corps utérin, trompes, ovaires) : les séquelles de ces cancers génitaux seront appréciées en fonction des séquelles fonctionnelles opératoires ou radiques qui seront objectivées par des examens cliniques et complémentaires	20 à 60	
Seins :		
Selon les séquelles chirurgicales et radiques localisées sur le sein traité	20 à 40	

DÉSIGNATION DES INFIRMITÉS	POURCENTAGE d'Invalidité	POURCENTAGE réservé aux bénéficiaires, des articles L 12 et L 13 bis du Code lorsque ce pourcentage est

	plus avantageux		
	1887	1915	
Lymphœdème et autres troubles fonctionnels siégeant sur le membre supérieur 10 à 60			
Traumatismes :			
Génitaux (violences sexuelles), mammaires 20 à 40			
Ovariectomie :			
Unilatérale 10			
Bilatérale : Invalidité à apprécier selon l'âge (ménopause ou pas), le ralentissement fonctionnel, la curabilité, l'Incidence sur la stérilité ou sur une possibilité de procréation médicalement assistée 20 à 40			
Ilystéredomie : selon l'âge (ménopause ou pas) et le degré de l'amputation (subtotale ou totale) 10 à 30			
IX. — BASSIN			
<i>Luxation irréduite du pubis, ou relâchement étendu de la symphyse pubienne</i>	20 à 40		
<i>Fractures</i>			
a. Douleur persistante et gêne dans la marche et les efforts	10 à 20		
b. S'il existe en outre un raccourcissement et une déviation du membre inférieur	30 à 50		30
c. Lésions uréthro-vésicales. (Voir <i>Appareil génito-urinaire</i>).			
X. — COU			
<i>Déviatiion d'origine vertébrale. (Voir Colonne vertébrale.)</i>			
<i>Déviatiion (torticoli, inflexion antérieure) par rétraction musculaire ou cicatrices étendue</i>	10 à 30		20 à 30
<i>Inflexion antérieure où le menton est en contact ou presque avec le sternum</i>	40 à 60		
<i>Déviatiion persistante de la tête et du tronc, produisant une gêne considérable des mouvements et résultant d'un traumatisme ou d'une affection (lésion du rachis ou des muscles)</i>		65	20 à 50
	p. 100	p. 100	p. 100
XIV. — SYPHILIS			
A. <i>Syphilis professionnelle</i>	50		
B. <i>Syphilis antérieure au service :</i>			
Tabès, (Voir <i>Moelle</i> .)			
Paralyse générale. (Voir <i>Maladies mentales</i> .)			

Anévrisme de l'aorte. (Voir <i>Aorte</i> .)			
XV. — MALADIES CUTANÉES			
TUBERCULOSE CUTANÉE PRIMITIVE			
[Évaluation de l'invalidité suivant les troubles fonctionnels.] (1).			
(1) Voir décret du 17 octobre 1919, article 2 et circulaire no 571EMP du 24 juin 1958, p. 282.			
RADIODERMITES			
<i>a.</i> Professionnelles.			
<i>b.</i> Accidentelles.			
Infirmités consécutives.			
(Voir chapitres respectifs des infirmités similaires.)			
SCLÉRODERMITES			
<i>a.</i> <i>Plaques sclérodermiques</i> succédant à des traumatismes des nerfs et autres (évaluation de l'invalidité suivant les troubles fonctionnels).			
<i>b.</i> <i>Sclérodermite généralisée</i> (action prolongée du froid humide, traumatisme), suivant la gêne fonctionnelle persistante qu'elle entraîne dans les fonctions des membres.			
(Voir <i>Membres</i> .)			
DERMITES ARTIFICIELLES			
Cicatrices. (Voir <i>Cicatrices</i> .)			
CANCERS CUTANÉS			
(Voir <i>Tumeurs de natures diverses</i> .)			
XVI. — PALUDISME ET MALADIES EXOTIQUES			
CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES			
L'intention est appelée sur les considérations suivantes :			
1o Étant donné le caractère très particulier des maladies exotiques, il convient que les médecins experts chargés d'examiner les intéressés soient choisis parmi les praticiens ayant une connaissance suffisante de ces maladies.			
Bien entendu, ces médecins experts seront pris, chaque fois qu'il sera possible, parmi les praticiens de la localité où doivent avoir lieu les opérations d'expertises.			
Mais, s'il n'y a pas sur place d'expert compétent, l'intéressé devra être envoyé à l'examen du praticien qualifié le plus proche ;			
2o Si l'expertise soulève le désaccord soit de l'intéressé, soit de la commission de réforme, il y aura lieu de recourir à un nouvel examen, qui sera confié à un médecin spécialisé ;			

3o Les examens de laboratoire devront n'être confiés qu'à des laboratoires d'une compétence reconnue et d'une autorité incontestée ;			
4o Quant à l'imputabilité d'une maladie exotique au service militaire, le fait d'avoir servi dans un pays où cette maladie sévit à l'état endémique constitue, en faveur de l'imputabilité, un élément d'appréciation dont il doit être tenu le plus grand compte.			
Inversement, le fait d'avoir, en dehors du temps de service, vécu dans un tel pays constitue, à l'encontre de l'imputabilité, une donnée qui doit retenir l'attention, afin que des pensions ne risquent pas d'être indûment mises à la charge de l'État pour des affections sans rapport d'origine avec le service militaire.			
Également le fait d'avoir servi dans son pays d'origine où une maladie exotique sévit à l'état endémique oblige à n'imputer la maladie au service que si celui-ci a eu sur l'évolution de l'affection une influence déterminante ;			
5o Il y a lieu de tenir le plus grand compte des certificats et des observations émanant des médecins traitants, ainsi que des analyses ayant moins de six mois de date émanant d'hôpitaux ou de laboratoires qualifiés.			
Paludisme			
Qui dit paludisme dit infection sanguine et, plus exactement encore, parasitisme du globule rouge par l'hématozoaire de Laveran ou <i>Plasmodium</i> . Trois variétés, sinon trois espèces, en sont bien connues : <i>P. præcox</i> ou <i>falciparum</i> , agent de la fièvre tropicale, ou tierce maligne, ou fièvre estivo-automnale des Italiens ; <i>P. Vivax</i> , agent de la fièvre tierce bénigne, ou double tierce ; <i>P. quarianum</i> , agent de la fièvre quarte ou double quarte, ou triple quarte. Chacun de ces agents pathogènes peut intervenir dans l'organisme impaludé, soit seul, soit associé à un autre ; l'association la plus fréquente est celle de <i>P. præcox</i> avec <i>P. vivax</i> , ces deux variétés étant elles-mêmes les plus répandues dans les foyers paludéens de la terre. La présence du <i>Plasmodium</i> est constante dans le sang périphérique, quand on a affaire au paludisme en activité ; qu'on se souvienne seulement que la quinine le fait disparaître plus ou moins rapidement.			
Trois phases de l'évolution de l'infection malarique méritent d'être mises en lumière.			
1° <i>Paludisme d'invasion</i> (ou primaire). On désigne ainsi la première manifestation de l'infection malarique dans un organisme « neuf » infecté par <i>Plasmodium</i> , dans une région et au cours d'une saison malarique. Dès cette infection première, le <i>Plasmodium</i> est présent dans le sang périphérique sous l'une des trois variétés énumérées ; c'est, du reste, le moyen vraiment scientifique d'en établir le diagnostic. Cliniquement, après une période d'incubation d'environ quatorze jours, l'invasion apparaît brusque avec des frissons, des sueurs, de la tachycardie, des phénomènes gastro-intestinaux (vomissements et diarrhée bilieux), douleur et gonflement spléniques, réactions rénales d'intensité variable, généralement légères, avec présence d'albumine ; enfin, une fièvre sans type déterminée, intermittente, quotidienne ou irrégulière, rémittents, subeuntinus, exceptionnellement continue. Cet état Infectieux s'amende ; en général, la quinine intervenant, du reste, dans la majorité des cas.			
2° <i>Paludisme de rechute</i> (ou secondaire). Une infection palustre primaire peut être « stérilisée » par un traitement quinine et arsenical intensif ; ce résultat est en fait rarement obtenu. Dans la presque totalité des cas, l'infection palustre continue par les manifestations « de rechute » ou « secondaires ». Les mêmes agents pathogènes <i>P. proccox</i> , <i>P. vivax</i> , <i>P. quarianum</i> sont, naturellement, toujours en cause. Il y a seulement lieu d'ajouter que les « gamètes » ou formes sexuées se superposent, d'une manière constante, aux schizontes, qui demeurent cependant les agents des phénomènes aigus.			
Cliniquement, le paludisme de rechute montre les mêmes caractéristiques que le paludisme d'invasion. Toutefois, un certain nombre de modalités cliniques du paludisme de rechute sont, depuis longtemps, bien différenciées :			

<p>a. Ce sont d'abord les accès fébriles dits « disciplinés » : tierce bénigne (avec sa variété double tierce) dont le cycle de quarante-huit heures est subordonné au cycle évolutif de <i>P. vivax</i>, quarte (avec sa variété double ou triple quarte) dont le cycle de soixante-douze heures est également subordonné au cycle de <i>P. quarianum</i>. Les stades de frisson, chaleur et sueurs, qui caractérisent l'« accès lébrile » suivis de la période d'apyrexie de quarante-huit heures ou de soixante-douze heures, en sont très nets ;</p>			
<p>b. Ce sont ensuite les accès de fièvre irrégulière, subcontinue ou subintrante, qui dépendent de <i>P. procox</i>, seul ou associé à l'une des deux autres formes, plus souvent <i>P. vivax</i>. Il s'agit de fièvre tierces maligne (ou fièvre estivo-automnale, ou paludisme tropical) ;</p>			
<p>c. En troisième lieu, les « accès pernicieux » dus avant tout au <i>P. procox</i>, tel encore seul ou associé au <i>P. vivax</i>, caractérisé par la gravité de l'infection, la menace de mort, la mort fréquente, et différenciés selon la prédominance d'un symptôme ou accès comateux, délirant, rigide, cholériforme, etc. ;</p>			
<p>d. Enfin, la « cachexie palustre », c'est-à-dire le degré le plus avancé du paludisme de rechute, due elle aussi au <i>P. præcox</i>, seul ou associé aux autres formes de <i>plasmodium</i> et caractérisés par l'anémie, l'hypoglobulie, la leucopénie, la splénomégalie, les œdèmes, l'hypotension artérielle, enfin l'apparition d'accès fébriles qui ne diffèrent en rien de ceux précédemment exposés.</p>			
<p>3° Avenir de l'infection malarique. Envisageons successivement l'avenir immédiat et l'avenir lointain.</p>			
<p>a. L'avenir immédiat de l'infection malarique peut se définir comme celui qui suit l'infection initiale, qui répond à l'activité de l'hématozoaire et a pour manifestations cliniques possibles toutes les modalités que nous venons d'exposer. L'infection primaire, une fois terminée, le paludisme de rechute à <i>P. præcox</i> survient rapidement ; le paludisme de rechute à <i>P. vivax</i> ou à <i>P. quarianum</i> se montre plus tardivement.</p>			
<p>b. Quel est maintenant l'avenir lointain ? La réponse diffère, on le conçoit à l'avance, pour les paludéens habitant une contrée d'endémie palustre (bassin méditerranéen, Maroc, etc.), d'une part, et l'autre, pour ceux qui reviennent définitivement dans un pays non palustre (la presque totalité du territoire français).</p>			
<p>c. Pour les premiers, la réponse est simple ; le paludisme « actif » dont ils sont atteints n'est pas terminé que la saison malarique reparaît et avec elle les possibilités d'une réinfection nouvelle. Le chaînon : réservoir du virus anophèle est constitué. En conséquence, le retour périodique de la saison malarique peut entretenir aussi périodiquement l'infection paludéenne chronique par la réinoculation du <i>plasmodium</i>.</p>			
<p>d. Numération des globules blancs ;</p>			
<p>e. Établissement de la formule leucocytaire.</p>			
<p>Origine : Il est, à cet égard, rappelé ce qui a été dit dans la XI^e circulaire mensuelle du ministère des pensions (avril-mai 1921) :</p>			
<p>« Lorsque d'anciens militaires ayant servi plus ou moins longtemps à l'armée d'Orient et atteints de paludisme font une demande de pension, si cette demande est faite après l'expiration des délais légaux de présomption et que les intéressés ne possèdent aucune pièce établissant que leur maladie a été constatée pendant leur incorporation, certaines commissions de réforme refusent de reconnaître le droit à pension.</p>			
<p>« Il est rappelé qu'en pareille circonstance, le rejet de la pension pour défaut d'origine ne peut intervenir qu'après que les formalités prescrites par l'article 9 de l' instruction du 31 mai 1920 ont été remplies et que les résultats de l'enquête sont demeurés négatifs. Le séjour en Orient pendant un certain temps doit constituer par lui-même un élément sérieux d'appréciation dont les corps doivent tenir le plus grand compte au cours de leur enquête et dans l'établissement de leur procès-verbal. Les commissions de réforme doivent examiner ensuite les résultats de ces enquêtes avec le plus large esprit de bienveillance ».</p>			

<i>Évaluation de l'invalidité</i>			
Paludisme sans lésions viscérales ni troubles fonctionnels	1 à 9		
Paludisme chronique sans lésions viscérales, troubles fonctionnels légers	10 à 15		
Paludisme chronique avec lésions viscérales légères :			
Troubles fonctionnels de moyenne intensité	20 à 45		
Troubles fonctionnels sérieux	50 à 60		
Paludisme chronique avec lésions viscérales graves ou multiples	65 à 95	65	
Cachexie palustre	100	65	50 à 60
Filarioses			
<p>Il n'y a pas une filariose mais des filarioses. Les unes n'entraînent aucune impotence définitive et guérissent spontanément par un séjour prolongé dans la métropole ; les autres, au contraire, sont cause de lésions plus ou moins graves qui réduisent dans des proportions variables la capacité de travail.</p> <p>Certaines de ces filaires vivent dans le tissu conjonctif, comme le dragoneau, et émettent leurs embryons à l'extérieur. L'impotence qu'elles déterminent est passagère et peut être comparée à celle d'une affection aiguë.</p> <p>D'autres se logent dans le tissu conjonctif sous-cutané en y formant les tumeurs durables mais guérissant par extirpation. Ce sont les <i>Filaria volvulus</i> ou <i>anche-cerca</i>.</p> <p>Ces filaires seraient susceptibles de causer des lésions éléphantiasiques durables : quand celles-ci sont constituées elles doivent donner droit à pension.</p> <p>Une autre filaire qui, pour certains auteurs, serait la même, se loge dans la zone superficielle du derme et détermine une affection prurigineuse analogue à la gale et à laquelle on conserve le nom indigène de crocro.</p> <p>Cette infestation dure d'autant plus qu'on ne connaît encore aucun remède. Elle entraîne évidemment une impotence fonctionnelle.</p> <p>D'autres filaires se logent dans le tissu-conjonctif ou dans les vaisseaux lymphatiques et rejettent leurs embryons dans la circulation, où ils se rencontrent en tout temps : ce sont ceux de <i>Filaria persians</i>.</p> <p>Ce ver ne cause aucune impotence et n'est pas pathogène.</p>			
<p>La <i>Filaria loa</i> qui vit dans le tissu conjonctif en provoquant des œdèmes locaux ou œdèmes de Calabar émet aussi ses embryons dans la circulation. Ceux-ci ne sont pas plus pathogènes que les embryons de <i>Filaria persians</i>. Quant aux œdèmes causés par l'adulte ils sont plus gênants que douloureux et s'atténuent spontanément à la longue. Ils peuvent être cependant assez répétés pour causer un degré d'invalidité.</p>			

La dernière des filaires qui se loge dans les vaisseaux lymphatiques et lance aussi des embryons dans la circulation est la plus néfaste de toutes. C'est la <i>Filaria nocturna</i> ou <i>de Bancrofti</i> . Les embryons ne jouent aucun rôle pathogène. Il n'en est pas de même de l'adulte qui peut occasionner des varices lymphatiques profondes ou superficielles. Ces dernières peuvent être l'origine d'adénite avec lymphocèle, de lymphangites et d'abcès, d'autres de chylurie, d'hémalo-chylurie et de diarrhée chyleuse, d'ascite, d'hydrocèle et de pleurésie chyleuse. Un certain nombre de cas d'éléphantiasis peuvent sans doute reconnaître cette origine.			
<i>Évaluation de l'invalidité</i>			
Draconculose	1 à 9		
Si des abcès ou des phlegmons entraînaient des impotences définitives, celles-ci se trouveraient cotées par le degré de cette impotence.			
<i>Filaria persians</i>	1 à 9		
<i>Filaria loa</i>	10		
<i>Filaria volvulus</i>	10		
Si elle reste localisée et suivant le degré d'impotence pour les lésions éléphantiasiques qu'elle cause.	10 à 30		
Filaire cutanée			
Suivant le degré de l'infestation et l'importance du prurit qu'elle entretient.			
<i>Filaria bancrofti</i> ou <i>nocturna</i> avec chylurie	10 à 35		
Avec accidents des grandes séreuses	40 à 100		
Avec accidents éléphantiasiques suivant le degré (voir <i>Éléphantiasis</i>).			
Protozooses, mycoses et spirochétoses			
Les protozooses, les mycoses et les spirochétoses forment un groupe d'affections ou de maladies dont les caractéristiques sont :			
1o Contamination directe humaine ou le plus souvent indirecte d'origine animale ou végétale par inoculation ou infestation par les parasites des habitations et de l'homme, moustiques, poux, punaises, etc. ;			
2o Constatation des agents pathogènes inoculés soit du groupe des protistes (leishmanies, trypanosomes, spirochètes), soit du groupe des champignons ou levures (actinomycose, sporotrichum, cospora, blasiomycès) ;			
3o Guérison fréquente à la période initiale par des agents thérapeutiques définis tels que l'antimoine, les sels arsenicaux organiques, pour les protozoaires, l'iode et ses composés iodurés pour les mycoses.			
1. — PROTOZOOSSES			
1o <i>Leishmanioses</i>			
Les parasites de ces affections peuvent être intra-cellulaires constitués par un noyau avec centrosome et flagelle.			

Les leishmanioses peuvent revêtir trois formes cliniques :			
1o Localisation cutanée ;			
2o Localisation muqueuse, avec forme mixte cutanéomuqueuse ;			
3o Affection généralisée : anémie, splénique, Kala-Azar.			
<i>Les localisations cutanées</i> représentent le bouton d'Orient, bouton des pays chauds, bouton de Biskra. Elles sont déterminées par la leishmania tropicale.			
Les affections internes ou générales sont déterminées par la leishmania Denovani pour le Kala-Azar Indien et méditerranéen et la leishmania infantilis (la spléno-mégalie infantum) pour le bassin méditerranéen.			
Les leishmanioses américaines sont déterminées par la leishmania américann et la leishmania brasiliensis.			
La durée des leishmanioses cutanées est d'environ un an, celle des leishmanioses internes est beaucoup plus longue ; elle est souvent mortelle et le taux de cette mortalité est de 95 %.			
Les symptômes de ces leishmanioses internes sont : fièvres rémittentes irrégulières, hypertrophie de la rate, anémie, troubles abdominaux, œdèmes des membres inférieurs, cachexie. A ce tableau clinique peuvent se surajouter des infections secondaires : dysenterie, pneumonie, noms.			
Quand on fait l'examen du sang, on constate de la leucopénie, de la mononucléose, le nombre des hématies tombe au-dessous de 4 millions, il y a 50 % de polynucléaires et 20 % de grands mononucléaires.			
La culture en laboratoire s'obtient par ponction de la rate ou de la moelle osseuse et ensemencement sur des tubes de gelose enrichie de sang.			
Les agents transmetteurs sont les punaises, les puces, les mouches, les moustiques, les phlébotomes.			
Pour le traitement, on utilise l'émétique, le stybénil ou le stybil (acétyl paramonophénylantimentale de soude), les oxydes d'antimoine.			
<i>Évaluation de l'invalidité</i>			
Leishmanioses cutanées	10		
Leishmanioses cutanéomuqueuses ou muqueuses	20 à 80		
Leishmanioses internes	100		
Tous ces chiffres s'entendent toutes complications et localisations comprises.			
<i>2o Trypanosomiasés</i>			

Deux espèces : la maladie du sommeil proprement dite et la maladie humaine de Rhodésie :			
a. La maladie humaine de Rhodésie est déterminée par la Trypanosomie Rhodesiense ;			
b. La maladie du sommeil est déterminée par la Trypanosomia gamblesse. L'agent de propagation est la mouche tsé-tsé (glossine).			
La maladie du sommeil est grave, les guérisons ne s'obtiennent qu'à la première période sanguine et ganglionnaire lorsque l'affection ne se manifeste que par la constatation du parasite dans le sang.			
La deuxième période, ou période nerveuse, est généralement très grave.			
Les symptômes de la maladie du sommeil sont la fièvre, l'œdème, l'amaigrissement, l'altération des téguments et des muqueuses, l'anémie, l'hypertrophie des ganglions lymphatiques et de la rate, les paralysies, les crises épileptiformes, des troubles encéphaliques et surtout les crises caractéristiques du sommeil.			
<i>Évaluation de l'invalidité</i>			
1o Période sanguine et ganglionnaire	30 à 50		
2o Période nerveuse	55 à 100		
1o Période d'état (fièvre, polyadenite, éruptions cutanées, œdème)			60
2o Période de sommeil			80
3o Période terminale (manie, confusion mentale, épilepsie)			100
II. — Mycoses			
Actinomycose, sporotrichose, blastomycose, cosporose, mycétoques (stréptothrix), pied de Madura, nocardia (abcès du cerveau).			
En dehors du pied de Madura qui impose la plupart du temps l'amputation dont le taux d'invalidité domine alors la question d'indemnisation, les autres maladies mycosiques seront, au point de vue invalidité, réglées ainsi :			
<i>Évaluation de l'invalidité</i>			
Localisations uniquement cutanées suivant leur importance	10 à 25		
Localisations cutanéomuqueuses ou muqueuses nécessitant des interventions et suivant leur importance	30 à 45		
Infection générale toutes localisations et complications comprises	50 à 100		
III. — Spirochétoses			
Maladies à évolution aiguë, subaiguë ou chronique, l'inoculation est pratiquée chez l'homme par morsures d'animaux, piqûres d'insectes.			
L'agent causal est un spirochète ou un tréponème.			

<p>Le spirochète a une existence et un cycle évolutif en dehors de l'organisme humain et il est transporté chez l'homme par des morsures d'animaux ou par piqûres d'insectes parasites.</p>			
<p>Le tréponème a un cycle évolutif uniquement chez l'homme et est transmis par contagion humaine directe ou indirecte.</p> <p>A. — Les spirochétoses sanguicoïes sont des septicémies aiguës qui reconnaissent plusieurs agents et plusieurs variétés :</p> <p>1o La fièvre récurrente ;</p> <p>2o La spirochétose Ictéro-hémorragique ;</p> <p>3o La fièvre jaune ;</p> <p>4o Le sodoku ;</p> <p>5o La fièvre des tranchées ;</p> <p>6o La dengue.</p> <p>Toutes ces spirochétoses sont aiguës, guérissent en général par les sels arsenicaux, ne déterminant pas d'invalidité, mais pouvant laisser derrière elles des séquelles (lésions rénales et autres) qui seront évaluées.</p>			
<i>Évaluation de l'invalidité</i>			
<p>Il y a lieu d'évaluer conformément aux indications du guide-barème en ses différents chapitres.</p> <p>II. — Les trépouémiases sont au nombre de deux :</p> <p>1o La syphilis ;</p> <p>2o Le pian.</p> <p>L'une et l'autre de ces maladies n'entraînent pas par elles-mêmes ou leurs séquelles d'invalidité autre que celles prévues au guide-barème.</p> <p>Le goundou consiste dans l'apparition à la racine du nez de tumeurs osseuses (goundou) qui, par leur volume peuvent interdire l'usage des yeux. On ne constate le goundou que chez les autochtones.</p>			
<i>Évaluation de l'invalidité</i>			
<p>Il y a lieu d'évaluer conformément aux indications du guide-barème.</p>			

Béribéri			
Le béribéri est une polynévrite qui règne à l'état endémoépidémique dans plusieurs régions chaudes et même tempérées du globe.			
Ce qui donne à cette polynévrite son cachet, ce qui la rend grave et même trop souvent mortelle, c'est qu'elle ne se cantonne pas aux membres et qu'elle intéresse les nerfs du cœur et de la respiration.			
Elle se présente sous deux formes cliniques très différentes d'aspect : <i>la forme sèche</i> , caractérisée par des paralysies et par des amyotrophies qui décharnent le patient et le réduisent à l'état squelettique ; <i>la forme humide</i> , dont le principal symptôme est l'anasarque et l'épanchement dans les diverses séreuses.			
La mortalité au cours de certaines épidémies est effroyable : elle reconnaît pour cause la névrite du phrénique (paralysie du diaphragme), la névrite du pneumogastrique et de ses branches cardiaques pulmonaires ou laryngées, d'où la syncope, l'asystolie, l'orthopnée, l'asphyxie.			
Parmi ceux qui échappent à ces nombreuses causes de mort, beaucoup ne sont pas définitivement guéris. <i>Les rechutes</i> sont, en effet, très fréquentes. Elles peuvent être multiples et s'échelonner sur une dizaine d'années. Certains indices peuvent faire présumer un retour offensif ; ils doivent être soigneusement recherchés par le médecin qui a la charge d'examiner un individu atteint autrefois de béribéri. Des placards d'hypoesthésie subsistant après guérison apparente, une parésie partielle persistante, l'absence d'un réflexe rotulien, de l'œdème pré-tibial réapparaissant après une station debout quelque peu prolongée permettent d'affirmer que la maladie n'est qu'assoupie et non pas éteinte.			
Bien plus grave est l'état des malades qui présentent des signes <i>d'insuffisance cardiaque</i> . Beaucoup, au repos, ont un pouls régulier et de fréquence normale. Mais, pour peu qu'ils fassent un effort, le nombre des pulsations peut doubler. Ils ne sont pas rares les anciens béribériques qui gardent, pendant <i>toute leur vie</i> , une accélération insolite du pouls dont la fréquence s'exagère au moindre mouvement. Ces malades sont de véritables informes : certains ne peuvent exercer aucune profession manuelle.			
Le béribéri, après guérison, peut laisser des séquelles. Aux membres supérieurs, les paralysies et amyotrophies consécutives déterminent divers types de griffes. Au début les attitudes vicieuses sont réductibles ; plus tard, la réfraction des tendons et des ligaments les rend définitives.			
Chez les malades qui ont été longtemps confinés au lit par la paralysie et l'amyotrophie, la rétraction des muscles du mollet persiste après guérison et fixe le <i> pied en varus-équin</i> , ce qui oblige d'anciens béribériques à marcher uniquement sur les orteils, le talon élevé.			
<i>Évaluation de l'invalidité</i>			
1o Béribéri à la phase initiale relève uniquement du traitement, de	1 à 9		
2o Béribéri après la phase initiale et son traitement :			
<i>a.</i> Avec troubles cardiaques, tachycardie, instabilité cardiaque, cas légers de	20 à 60		
<i>b.</i> Mêmes troubles cardiaques, mais très accusés, cas moyens, de	60 à 80		
<i>c.</i> Cas graves, dilatation du cœur, asystolie confirmée, de	80 à 100	65	60 à 100
3o Séquelles de Béribéri attitudes vicieuses définitives, pied-bot varus-équin, mains en griffes, etc.			
L'invalidité sera établie, pour chacune de ces séquelles en conformité des indications du guide-barème à ces différents chapitres.			

Diarrhée chronique			
<p>La diarrhée chronique des pays chauds ou diarrhée de Cochinchine est une entérite qu'on observe habituellement sous la forme chronique. Elle est caractérisée par un état dyspeptique, une inflammation de la muqueuse intestinale avec des sécrétions et des fermentations anormales, d'où une altération plus ou moins profonde de la digestion et de l'absorption intestinale et une diarrhée dont les manifestations sont très variables.</p> <p>Les selles ne contiennent jamais les mucosités sanguinolentes de la dysenterie.</p> <p>D'une couleur variant entre le jaune paille et le jaune brun, elles sont souvent spumeuses et boursoufflées par les gaz de la fermentation intestinale, leur réaction est acide.</p> <p>Le foie est atrophié.</p> <p>La digestion et l'assimilation des aliments sont très défectueuses et si la maladie se prolonge, la dénutrition augmente peu à peu, l'amaigrissement devient progressif jusqu'à la cachexie.</p> <p>Mais dans les cas légers, avec deux ou trois selles par jour, l'état général peut rester satisfaisant sans que le malade interrompe ses occupations. Le nombre des selles n'est pas toujours en corrélation avec l'altération de la santé générale. C'est donc l'état de dépérissement du malade qui doit fixer le degré de l'invalidité.</p> <p>L'expertise de la <i>diarrhée chronique</i> sera toujours basée sur une hospitalisation préalable de quatre jours au moins.</p>			
<i>Évaluation de l'invalidité</i>			
Les cas légers de	1 à 25		
Cas moyens, de	30 à 45		
Cas graves, de	50 à 100		
	p. 100	p 100	p. 100
Ulcère chronique des pays chauds			
<p>L'ulcère chronique des pays chauds est produit par l'infestation fuso-spirillaire.</p> <p>Dans ses formes graves et chroniques elle peut s'étendre en surface et décortiquer tout un segment de membre, laisser des cicatrices vicieuses et rétractiles ou bien gagner en profondeur, ouvrir des vaisseaux déterminant ainsi la mort subite ou bien pénétrer dans les articulations avec productions d'arthrites purulentes.</p> <p>Ces différentes lésions d'ordre chirurgical sont susceptibles de laisser derrière elles des séquelles d'ordre divers.</p>			
<i>Évaluation de l'invalidité</i>			

L'invalidité sera évaluée conformément aux indications du guide-barème (cicatrices, raideur articulaire, ankylose, etc.).			
Ulcères profonds, étendus ou multiples des pays chauds		65	60 à 80
Lèpre			
La lèpre est au même titre et plus encore que la tuberculose une maladie essentiellement chronique. Malgré les rémissions qui ont été observées sous l'influence de divers traitements, on en est encore à attendre le premier cas de guérison réelle d'une lèpre confirmée.			
Comme pour la tuberculose, il y a des lèpres ouvertes et des lèpres fermées, mais une lèpre fermée peut devenir ouverte inopinément.			
Il est de règle de proscrire pour les lépreux l'exercice de certains métiers qui peuvent les exposer à transmettre les germes de leur affection, les administrations se refusent à tort ou à raison de conserver dans leurs emplois les lépreux, même peu atteints.			
Il résulte de cet état d'esprit que pour un lépreux le degré d'invalidité n'est pas en concordance avec la gravité des lésions. D'ailleurs, malgré les traitements les plus actifs, celles-ci souvent progressent et l'invalidité réelle ne fait qu'augmenter.			
<i>Évaluation de l'invalidité</i>			
On doit considérer qu'un homme atteint de lèpre a perdu, du fait même que le diagnostic a été porté, plus de la moitié de ses moyens d'existence, donc :			
Lèpre constatée	65 à 100		
Forme de gravité moyenne		65	30 à 50
Mutilation très étendue			100
(toutes localisations et complications comprises).			
Éléphantiasis			
Il reconnaît plusieurs causes, dont la plupart ne sont pas déterminées. Les varices lymphatiques de la filaria nocturne et les lésions causées par la filaria volvulus y entrent pour une part.			
Bien plus souvent l'éléphantiasis procède par poussées érysipélateuses successives.			
Quelle qu'en soit l'origine, il est la cause d'une impotence définitive que les opérations ne peuvent qu'atténuer.			
<i>Évaluation de l'invalidité</i>			
Éléphantiasis suivant le degré d'invalidité fonctionnelle, de	10 à 100		
a. Forme de gravité moyenne			30 à 50
b. Très développé			100
Déchéance organique tropicale			

<p>Le climat tropical se caractérise par une <i>chaleur excessive</i> (car les rayons du soleil qui sont verticaux deux fois par an ne sont jamais éloignés de la verticale), une <i>grande humidité</i> par suite du voisinage du <i>pot au noir</i> ou <i>cleud ring</i>, une forte <i>intensité solaire</i>, de brusques dépressions barométriques (typhons, cyclones), une <i>augmentation de la tension électrique</i>.</p> <p>Tous ces facteurs météorologiques exercent des agressions permanentes contre l'organisme européen et le sol mettent à de dures épreuves pour maintenir son équilibre fonctionnel. Le métabolisme cellulaire est profondément troublé sous les tropiques : respiration plus rapide, abaissement de la tension vasculaire, ce qui prédispose aux congestions ; fonctions digestives lentes et paresseuses (hyperchlorhydrie tropicale). Insuffisance hépatique et rénale par encombrement de déchets toxiques, etc. L'européen qui vit aux colonies est un véritable accidenté climatique dont la résistance devant les infections est considérablement diminuée. Cet ensemble morbide, auquel s'ajoutent les traces invisibles et silencieuses des atteintes de maladies endémiques, cliniquement guéries en apparence, frappe l'européen d'une usure organique générale qui est proportionnelle à l'insalubrité des milieux exotiques où il a vécu et à la durée des séjours qu'il y a accomplis. Elle pourrait être évaluée comme il suit :</p>			
<i>Évaluation de l'invalidité</i>			
Déchéance organique due à des séjours prolongés en milieu tropical sans manifestations morbides caractérisées	1 à 40		
Parasitisme intestinal			
Le tube digestif de l'homme peut être envahi par des parasites qui, non seulement vivent à ses dépens, mais qui peuvent encore par leurs dimensions ou leur nombre, leurs sécrétions toxiques ou leur migration à travers les tissus, troubler profondément la santé de leur hôte.			
<p>Ces parasites peuvent être divisés en deux groupes :</p> <p>Les <i>métabozoaires</i>, organismes pluricellulaires, dont nous retiendrons seulement l'embranchement des <i>vers</i>, et les <i>protozoaires</i>, formés d'une cellule unique. Cette division nous conduit à adopter la classification suivante :</p> <p>1o <i>Entérites d'origine vermineuses</i>.</p> <p>2o <i>Entérites à protozoaires</i>.</p>			
<p>1o Les entérites vermineuses, qui ont été décrites, sont très nombreuses :</p> <p>Le téninosis, la botriocéphalose, l'ascaridiose, l'oxyurose, la tricocéphalose, l'anguillulose, l'ankylostomiase, la bilharsiose.</p> <p>La symptomatologie de ces entérites présente des points de ressemblances communs : troubles gastro-intestinaux, diarrhée quelquefois dysentérique, anémie, troubles nerveux (méningisme vermineux, paralysies motrices partielles, altérations psychiques), etc. Mais ce sont des manifestations aiguës qui cèdent dans la plupart des cas à une médication appropriée. Elles ne sauraient donc être comprises parmi les affections donnant droit à invalidité.</p>			
<p>Quatre d'entre elles nous paraissent cependant devoir être distraites de ce cadre nosologique. Ce sont :</p> <p><i>L'anguillulose</i>,</p>			

<i>La bilharsiose,</i>			
<i>La distomatose,</i>			
<i>L'ankylostomiase.</i>			
Anguillulose			
L'anguillulose est une affection parfois tenace.			
La distomatose présente des localisations qui demeurent rebelles au traitement, évoluent vers la chronicité et peuvent occasionner des désordres organiques très graves.			
L'ankylostomiase est plus facilement curable, mais lorsqu'elle est méconnue à ses débuts, elle peut évoluer également vers une forme chronique connue sous le nom « d'anémie des mineurs » et qui est une véritable cachexie.			
Le diagnostic de certitude des diverses infestations parasitaires ne peut être établi que par la constatation du parasite ou par la recherche microscopique de ses œufs dans les selles.			
<i>Anguillulose.</i> — Aire géographique : les deux continents. Espèce pathogène : un nématode, <i>Strongyloides intestinales</i> .			
La larve pénètre dans l'organisme par la voie cutanée (la plus fréquente) ou la voie digestive. L'anguillule se loge dans la muqueuse de l'intestin grêle, le <i>duodénum</i> et le <i>jéjunum</i> , d'où elle est difficile à expulser.			
<i>Symptomatologie.</i> — Diarrhée intermittente, un peu douloureuse, parfois sanguinolente, anémie presque comparable à celle de l'ankylostomiase — accès fébriles vespéraux — amaigrissement prononcé.			
Traitement par le Thymol.			
<i>Évaluation de l'invalidité</i>			
Anguillulose	20		
Bilharzioses			
Causées par trois schistosomes et se manifestant par des lésions diverses suivant l'espèce en cause, les bilharzioses se distinguent en bilharzioses vésicale, intestinale, artérioveineuse.			
Elles guérissent en général par le traitement antimonial.			
<i>1^o Bilharziose vésicale</i>			
<i>a.</i> Pendant la période active	30 à 45		
<i>b.</i> Si elle est compliquée, mais toutes localisations et complications comprises (calculs, fistules, etc.)	50 à 100		
<i>2^o Bilharziose intestinale</i>			
<i>a.</i> Pendant la période active	30 à 45		

b. Si elle est compliquée, mais toutes localisations et complications comprises (prolapsus, fistules, fibromes)	50 à 100		
<i>3o Bilharziose artérioso-veineuse</i>			
La bilharziose artérioso-veineuse ou japonaise est rare.			
a. Forme aiguë	30 à 45		
b. Si elle est compliquée, mais toutes localisations et complications comprises (sclérose du foie, de la rate, de l'intestin, etc.)	50 à 100		
Distomatose			
Cette affection est provoquée par la présence dans l'organisme d'un trématode connu sous le nom de douve ou distome (2 bouches — un orifice ventral — un orifice buccal).			
Suivant la variété de la douve ou sa localisation organique, on distingue :			
<i>Distomatose hépatique.</i> — Aire géographique : Extrême-Orient.			
Espèces pathogènes. — <i>Clonorchis sinensis</i> , <i>clonorchis endemius</i> , <i>spistorchis felineux</i> .			
Exceptionnellement : <i>Fascicia hepatica</i> et <i>dicrolarium denirilleum</i> .			
Les douves obstruent les canaux biliaires et causent de la rétention de la bile. En comprimant les veines elles déterminent une véritable cirrhose avec ascite et hypertrophie de la rate. Le parenchyme hépatique, sous la double influence de la compression et de l'action toxique des parasites, subit la dégénérescence graisseuse. Lorsque les douves sont très abondantes, elles peuvent envahir les canaux pancréatiques et créer une véritable pancréatite distomateuse.			
On a également signalé la formation d'angiomes et d'adénomes hépatiques.			
<i>Symptomatologie.</i> — Foie hypertrophié et sensible — diarrhée avec selles sanguinolentes, epistaxis, cholémie et icère, aseele, œdème des membres intérieurs, hypertrophie de la rate — troubles réflexes : vomissements, convulsions, paralysie, héméralopie, etc. Anémie prononcée (due à la spoliation sanguine provoquée par le parasite) — cachexie.			
On a même décrit des formes avec coliques hépatiques malignes et bilieuse hémoglobinoïque à issue fatais.			
En résumé, au point de vue pronostic :			
Lorsque les parasites sont peu nombreux : pas d'altération de l'état général. Le diagnostic n'est fait que par la constatation dans les selles des œufs des distomes.			
En général, la distomatose hépatique est une affection grave, à allure chronique, pouvant durer plusieurs années et se termine par la déchéance progressive de l'organisme et la cachexie.			
D'où deux paliers :			
Distomatose hépatique, avec troubles organiques légers	30 à 45		
Distomatose hépatique, avec troubles organiques graves	50 à 100		

<i>Distomatose intestinale.</i> — Aire géographique : Extrême-Orient.			
Espèces pathogènes : <i>Fasciolopsis Bus</i> et autres trémaïodes dont <i>gastrodicus Hemini</i> (Indes-Cochinchipe).			
<i>Symptomatologie.</i> — Parasites peu nombreux : action pathogène nulle.			
Parasites abondants : d'abord anémie, puis asthénie, diarrhée tenace avec douleurs abdominales ; enfin, à la 3e période, anémie extrême avec ascite et œdème généralisés.			
Si la maladie est à localisation uniquement intestinale, elle peut bénéficier d'un traitement approprié (thymol). Dans ces conditions, il semble qu'il y ait lieu d'établir 2 paliers pour l'établissement du taux d'invalidité.			
Distomatose intestinale avec troubles organiques légers et constatation dans les selles d'œufs de distomes	10 à 15		
Distomatose intestinale avec troubles organiques caractérisés	20 à 60		
<i>Distomatose bucco-pharyngée</i>			
Aire géographique : Liban. Espèce pathogène : <i>fasciola hepatica</i> . Infestation par ingestion de foie de chevreau cru. — La douve se fixe dans le pharynx, affection aiguë dont on débarrasse le malade par quelques gargarismes ou vomitifs. Pas d'indemnisation.			
<i>Distomatose pulmonaire.</i> — (Hémoptyisie parasitaire). Aire géographique : Extrême-Orient, Amérique. Espèce pathogène : <i>Paragominus ringeri</i> .			
<i>Symptomatologie.</i> — Rappelle l'évolution de la tuberculose pulmonaire : toux, expectoration de crachats rouillés, hémoptysies intermittentes, parfois très abondantes. La gravité de la maladie dépend du nombre de parasites hébergés. Le malade peut guérir, s'il est à l'abri d'infestations nouvelles. L'évolution de l'affection est lente. Elle peut se compliquer de distomatose cérébrale, avec phénomènes convulsifs, d'un pronostic toujours fatal.			
Deux paliers :			
Distomatose pulmonaire avec troubles organiques légers	30 à 45		
Distomatose pulmonaire avec troubles organiques graves	50 à 100		
<i>Ankylostomiase et nécalorose</i>			
Aire géographique : tous les pays du monde.			

Parasite : deux nématodes : ankylostomia duodenale et nécater américaine.			
La larve pénètre par le tube digestif ou bien traverse successivement la peau et le poumon avant d'arriver à l'intestin, sa destination finale.			
<i>Symptomatologie.</i> — Troubles gastro-intestinaux. Au début, douleurs épigastriques, s'irradiant vers l'épaule ou la fesse iliaque gauche, inappétence ou boulimie, coliques, diarrhée quelquefois sanguinolente, état fébrile (38 °). Puis anémie profonde : décoloration des muqueuses et de la peau, bouffissure de la face, œdème des pieds et des malléoles, palpitations, vertiges, diminution de l'acuité visuelle. Inaptitude au travail, altérations sanguines (le nombre des hématies peut descendre jusqu'à 1 million par millimètre cube). C'est ce qui a fait donner à cette maladie le nom : d'anémie des mineurs, des tunnels, cachexie muqueuse, etc.			
Il existe quelquefois des localisations cutanées (urticaire, gourme des mineurs) ou pulmonaires, (bronchite emphysémateuse, catarrhe des gourmes).			
<i>L'ankylostomiase</i> est justiciable d'un traitement approprié. Ce n'est que dans le cas où son évolution n'a pu être enrayée qu'elle peut être soumise à l'expertise.			
Donc un seul palier :			
Détériorations organique, chronique, occasionnées par l'ankylostomiase ou la nécalorose américaine selon la gravité	20 à 60		
<i>2o Entérites à protozoaires.</i> — Le groupe de ces entérites s'augmente tous les jours au fur et à mesure que progressent les recherches des laboratoires. Citons :			
L'amibiase intestinale.			
Les colites à <i>Trichomonas intestinalis</i> et à <i>Tétramifus mesnili</i> .			
Les entérites à <i>Lambliia intestinalis</i> ou <i>Giardia intestinalis</i> .			
Les entérites à coccidies.			
Les entérites à <i>Bolantidium coli</i> .			
Les dysenteries à spirochètes.			
Amibiase			
Les affections intestinales chroniques qui viennent à expertise par application de la loi des pensions sont nombreuses et souvent complexes. La plupart sont dénommées « entérites ». Parmi elles, il faut donner le premier rang à l' <i>amibiase</i> , qui peut avoir des conséquences très lointaines, soit comme dysenterie chronique vraie, soit comme séquelles intestinales persistantes de la maladie, soit comme complications en dehors du tube digestif.			

<p>A. — La dysenterie amibienne est caractérisée, comme symptômes fondamentaux, par des selles mucoso-sanglantes plus ou moins nombreuses de réaction alcaline, d'odeur forte, montrant au microscope, au milieu des leucocytes et des hématies, l'<i>amœba hystolytica dysenterias</i> avec ses caractéristiques histologiques. En dehors de la forme aiguë qui réclame avant tout un traitement, il existe une <i>forme chronique</i> nullement rare (environ 12 % des cas) datant parfois de plusieurs années et légitimant une invalidité.</p>			
<p>On peut diviser cette forme chronique en cas moyens ou bénins dans lesquels la muqueuse recto-colique est simplement enflammée dans lesquels le nombre des selles est assez réduit et dans lesquels l'état général est conservé ; et des cas graves ou sévères où il existe des ulcérations étendues ou profondes de la muqueuse recto-colique, des selles nombreuses et un état général altéré.</p>			
<p>B. — Plus fréquemment, l'amibiase intestinale insuffisamment traitée au moment de sa phase aiguë, perd ses caractères de dysenterie vraie, mais persiste sous forme de troubles intestinaux chroniques qui répondent à des lésions de la muqueuse et de la sous-muqueuse de tout ou partie du gros intestin, et consécutivement, à une imperfection plus ou moins grande de l'élaboration du bol fécal.</p>			
<p>On observe les types cliniques suivants :</p> <p>1o Diarrhée chronique vraie, soit acide, mousseuse, putride, quand elle provient de la région iléo-cœcale, soit alcaline, fétide, chargée de mucus, contenant même des flacons purulents, quand elle provient de la région recto-colique (environ 15 % des cas) ;</p> <p>2o Selles pâteuses, en « bouse de vache », brunes, alcalines (environ 20 % des cas) ;</p> <p>3o Crises paroxystiques de diarrhée muqueuse (25 % des cas) ;</p> <p>4o Alternatives de diarrhée et de constipation (20 % des cas) ;</p> <p>5o Constipation simple (8 % des cas).</p>			
<p>Le caractère amibien de ces selles anormales — en particulier des deux premiers types — peut être affirmé par la constatation <i>des kystes d'amibe dysentérique</i> qu'on trouve parfois d'une façon indéfinie. Mais leur présence peut être très intermittente et peut même manquer totalement. Les altérations de la muqueuse colique et rectale n'en sont pas moins d'origine amibienne. Toutes ces modalités de typhocolite ou de recto-colite sont sujettes à recrudescences sous des influences banales (écarts de régimes, chaleur, froid, etc.). Elles entraînent une invalidité dont on peut établir la proportionnalité sur le nombre des selles et l'atteinte plus ou moins grande de l'état général.</p>			
<p>C. — Parmi les complications de l'amibiase, il faut signaler au premier chef les complications hépatiques :</p>			
<p>1o D'abord <i>aiguë</i>, sous forme d'hépatite suppurée, qui vient à expertise après guérison post-opératoire. Il est remarquable que cette guérison est généralement complète, que la glande hépatique n'accuse qu'exceptionnellement des signes d'insuffisance fonctionnelle et ne présente guère que de la périhépatite adhésive plus ou moins étendue ;</p>			
<p>2o Puls <i>chronique</i>, sous forme d'hypertrophie plus ou moins marquée du foie, classiquement désignée sous le nom de « congestion chronique » du foie et qui représente, en réalité, de la cirrhose hypertrophique simple, habituellement peu accentués et lentement progressive.</p> <p>Les autres complications sont plus rares : pleurésie sèche, séreuse, purulente, amibiase pulmonaire, abcès de la rate, du cerveau, etc.</p>			

L'expertise de l'amibiase comprend nécessairement :			
Les commémoratifs ;			
L'examen clinique, complété si nécessaire par la rectoscopie ;			
L'étude complète des caractères physiques, chimiques et microscopiques des selles fraîchement recueillies.			
<i>Évaluation de l'invalidité</i>			
Dysenterie chronique vraie (amibes ou kystes persistants dans les selles mucoso-sanglantes) :			
a. Selles peu nombreuses, état général conservé	10 à 30		
b. Selles nombreuses, état général atteint	40 à 60		
c. État général fortement atteint, cachexie, dénutrition, complications hépatiques et toutes localisations ou complications comprises	60 à 100		
Séquelles de l'amibiase :			
a. Diarrhée chronique, intermittente, sans retentissement sur l'état général	10 à 25		
b. Diarrhée chronique intermittente, avec ou sans complications hépatiques et retentissement sur l'état général. Toutes complications et localisations comprises	30 à 100		
Hépatite suppurée ancienne guérie après opération	10 à 40		
<i>Les colites à trichomonas intestinales et à tétramitus Mesnili.</i> — Ces deux flagellés semblent capables de produire des diarrhées ou des rectides dysentériques à selles brunâtres, fétides, quelquefois sanguino-lentes.			
<i>Entérites à Lamblia intestinalis ou Giardie intestinalis.</i> — En général, l'affection est chronique d'emblée : diarrhée avec émission de flacons, de mucus blanchâtres (quatre à six selles par jour) disséminés au milieu d'évacuations liquides jaunâtres ou brunâtres, par suite de la présence de bile ou de pigments biliaries. Il n'existe pas d'altérations de l'état général, mais la maladie est déprimante à cause de sa ténacité et de ses rechutes. Les lésions du gros intestin sont exceptionnelles et dues à une association, parfois méconnue, de l'amibe dysentérique.			
<i>Entérites à coccidies (Isopores et Limézia).</i>			
Provoquant de l'inflammation de l'intestin grêle avec ulcérations recouvertes d'un exsudat renfermant des cocystes de coccidies et des débris épithéllaux.			
<i>Enidrites à Betantidium Coll.</i> — Affection dysentérique aux allures chroniques qui peut durer plus de vingt ans.			
<i>Les dysenteries à spirochètes</i> sur lesquelles la discussion est encore ouverte.			
En ce qui concerne ces infections parasitaires, dont l'étude clinique est loin d'être faite, l'amibiase intestinale exceptée, le seul signe dont il puisse être tenu compte dans l'appréciation du taux d'invalidité est leur caractère de chronicité. Nous proposons donc la rédaction suivante :			
Entérites à protozoaires, amibiase intestinale exceptée, ayant amené des troubles organiques permanents et chroniques	1 à 30		
XVII. — INTOXICATIONS			

D'une manière générale, l'évaluation de l'invalidité consécutive aux intoxications est basée sur les lésions anatomiques et les phénomènes pathologiques qui en sont la conséquence.			
<i>Saturnisme :</i>			
Goutte saturnine, troubles digestifs nettement accusés, anémie accentuée : suivant que ces manifestations toxiques sont isolées ou réunies, et plus ou moins accusées	10 à 30		30 à 60
Encéphalopathie saturnine (délire, convulsions, coma)			80 à 100
<i>Néphrites :</i>			
« L'évaluation de l'invalidité doit être faite en fonction des indications figurant au titre VIII (appareil génito-urinaire), chapitre 1er (reins), par référence aux pourcentages fixés pour la néphrite infectieuse ou toxique ».			
« S'il existe d'autres manifestations, elles doivent donner lieu à évaluation supplémentaire, compte tenu des pourcentages d'invalidité indiqués aux divers titres et chapitres du barème pour les fonctions, appareils ou systèmes intéressés par ces manifestations ».			
XVIII. — INFIRMITÉS CONSÉCUTIVES AUX ACCIDENTS PAR AGENTS PHYSIQUES ET CHIMIQUES			
<i>(Froid, chaleur, gaz asphyxiants et lacrymogènes, électricité.)</i>			
<i>(Voir chapitres respectifs des infirmités similaires.)</i>			

I. RÈGLES ET BARÈMES POUR LA CLASSIFICATION ET L'ÉVALUATION DES INFIRMITÉS ET MALADIES CONTRACTÉES PENDANT L'INTERNEMENT ET LA DÉPORTATION (14)

- Décret n° 53-438 du 16 mai 1953
- Décret n° 74-1198 du 31 décembre 1974
- Décret n° 81-314 du 6 avril 1981.

II RÈGLES ET BARÈMES POUR LA CLASSIFICATION ET L'ÉVALUATION DES INFIRMITÉS ET MALADIES CONTRACTÉES PENDANT PAR DES MILITAIRES AU COURS DE LA CAPTIVITÉ DANS CERTAINS CAMPS OU LIEUX DE DÉTENTION :

- Décret n° 73-74 du 18 janvier 1973
- Décret n° 77-1088 du 20 septembre 1977
- Décret n° 81-315 du 06 avril 1981

III LOI 83-1109 DU 21 DÉCEMBRE 1983

Ces textes ont fait l'objet des circulaires d'application suivantes non insérées dans le guide-barème :

- circulaire n° 603 A du 03 août 1973
- circulaire n° 620 A du 6 août 1975
- circulaire n° 657 A du 28 juin 1979
- circulaire n° 673 A du 19 juin 1981
- circulaire n° 685 A/609 B du 7 février 1983
- circulaire n° 691 A du 1 février 1974

IV LOI 89-1013 DU 31 DÉCEMBRE 1989 PORTANT CRÉATION DU STATUT DE PRISONNIER DU VIET-MINH

(1) Insérée aux recueils méthodiques des textes intéressant la législation des pensions, 1^{re} partie, tome I, page 25.

(2) Inséré aux recueils des documents intéressants la législation des pensions : tome I, page 58 et au JO du 13 juin 1919.

(3) JO du 17 mai 1953.

(4) JO du 20 janvier 1973.

(5) JO du 5 janvier 1975.

(6) JO du 28 septembre 1977.

(7) JO du 7 avril 1981.

(8) JO du 22 décembre 1983.

(9) JO du 3 janvier 1990.

(10) Les textes pris en application de ce décret mentionnent par erreur la date du 20 mai 1925 qui en réalité est celle de la parution du décret au J.O.

(11) A dater : du 1er mai 1954 pour les victimes civiles (art 4 de la loi n°53-1340 du 31 décembre 1953).
du 6 avril 1955 pour les invalides militaires « hors guerre » (art 14 de la loi 55-356 du 03 avril 1955).

(12) décret du 10 janvier 1992 ayant abrogé les titres XIV NEVROSES ET XV MALADIES MENTALES du document annexé au décret du 29 mai 1919.

(13) Pour l'indemnisation de la défiguration, voir p. 154.

(14) Le guide-barème établi pour l'évaluation des infirmités contractées pendant l'internement ou la déportation sera utilisé pour évaluer les infirmités féminines qui ne figurent pas dans le guide-barème général et dont sont atteintes les femmes victimes civiles de la guerre et les personnels féminins des Armées, ainsi que les veuves, orphelines et ascendantes infirmes.