

(Galliea)

(JON 74)

concernant M. le lieutenant d'infanterie coloniale Moequais (Maurice-Henri-Léopold), du 42<sup>e</sup> rég. de tirailleurs sénégalais, est fixé comme suit:
Sous-lieutenant à titre temporaire: 1<sup>er</sup> mars 1919.
Lieutenant à titre temporaire: 1<sup>er</sup> mars 1921.

Réserve.

Par décision ministérielle du 15 mars 1920, les officiers de réserve dont les noms suivent, du centre de mobilisation colonial d'infanterie n° 188, passent au centre de mobilisation colonial d'infanterie n° 129:
M. le chef de bataillon Robert (R.)
MM. les capitaines Billaud (V.-E.-V.), Bost (J.-E.), Guillet (A.-J.), Girardeau (M.-A.), Jacombé (E.), Lavéque (Gaston), Macler (A.-E.), Mazere (G.-J.-B.), Nayrac (M.-A.), Papon (L.-A.)
MM. les lieutenants Auller (P.), Boutinaud (E.), Delmouly (P.), Grandjean (H.), Picot (J.), Reyzeaud (H.), Tournier (J.-B.-M.), Ancelin (M.-E.-M.), Bonnin (G.-E.), Chauvaud (P.-C.-M.), Chauvin (J.-F.), Dumas (A.-P.-R.), Fournier (J.), Marchand (J.-A.-A.), Fournier (P.-A.), Chambolle (M.-D.-J.), Baleste (J.-J.), Florenin (P.-H.-G.-J.), Fourreau de la Tour (P.-F.), Laborie (J.)
MM. les sous-lieutenants Boncourt (R.-J.), Duffreche (B.), François (H.-J.), Lagrave (J.-F.), Maunat (M.-E.-G.), Papat (L.-L.), Videau (J.-E.), Vignaud (R.-J.), Rouga (J.-E.), Verquet (R.-E.), Compain (P.-R.), Carreras (P.-L.-A.), Barillet (J.-P.), Berlaud (R.-L.-A.), Flamel (A.-J.), Laforest (H.-J.-L.-A.)

MUTATIONS ET AFFECTATIONS

Par décision ministérielle du 23 mars 1920, les mutations suivantes ont été prononcées:
Au centre de mobilisation colonial d'infanterie n° 188.

Les officiers du centre de mobilisation colonial d'infanterie n° 189 dont les noms suivent:
M. le chef de bataillon Grand (P.)
MM. les capitaines Bobineau (L.), Couffin (P.-C.), de Lestapis (J.-M.-J.-R.), Laborda (M.), Laffitte (J.), Mora (D.), Ravé (R.-J.-F.-H.), Robin (A.), Soulians (M.-E.), Rio (L.-G.-E.)
MM. les lieutenants Bernard (A.), Bonneau (G.-J.), Chantai (P.), Elina (J.-R.), Delas (P.), Fayot (P.), Font-Lapalisse (J.-F.), Freyssongé (R.), Garrive (J.-A.-R.), Guilhou (J.-M.), Lagon (P.), Malgou (P.), Malandier (J.), Mignard (R.-G.), Mongrand (G.-J.), Niveau (R.), Purroy (P.), Sourin (A.-J.-L.), Soulio (J.), Triop (P.-A.)
MM. les sous-lieutenants Barbier (A.-M.), Bonie (R.), Bruxello (L.-J.-M.), Calède (R.-J.-M.), Capdomoulin (J.-M.), Carbonno-Blaugui (R.-L.), Dagrout (J.), Duvigneau (H.-P.-E.), Etcheverry (J.-A.-P.), Fougère (M.-M.), Fournier (M.-P.), Lanusse (J.-M.-E.), Laporte (M.-M.-J.-M.), Losen (R.-H.-L.-C.), Mano (R.-P.), Morand (M.-E.-M.-G.), Mouroux (M.-E.), Nival (J.-B.), Nouhaud (L.), Poiges (J.-P.), Poulardou (A.-J.-J.), Puyrenier (J.-M.), Segol-Pourtau (V.), Vigneau (L.-J.)

Au centre de mobilisation colonial d'infanterie n° 159.
M. le lieutenant Bantier, du centre de mobilisation colonial d'infanterie n° 209.
Au centre de mobilisation colonial d'infanterie n° 179.
Les officiers de réserve du centre de mobilisation colonial d'infanterie n° 159 dont les noms suivent:
MM. les capitaines Amiel (A.-M.), Berlin (G.-T.), Boule (J.-R.), Fourester (J.-A.), Golland (A.-A.-F.), Jalino (G.-F.-E.), Luquait (L.-L.), Piffault (M.-E.), Sacripanti (J.), Sauzeau (J.-L.)
MM. les lieutenants Baylo (M.-A.), Benezet (L.-A.-H.), Berger (J.), Bouvol (R.-G.), Burlaud (J.-M.), Charles (G.), Corbis (P.-F.), Curmilton (M.-A.-E.-G.), de Cacqueray (G.-M.), Dezaango (A.-E.), Desjardins (M.-J.-R.), Gedei

(A.), Lavayra (A.), Levrey (G.-F.), Lorecio (P.-A.-E.-F.), Marroux (J.-L.), Mathendi (A.-F.), Moreau (J.), Padovani (A.), Reboul (L.-H.)
M. le lieutenant Bergougnan, du centre de mobilisation colonial d'infanterie n° 69.
Au centre de mobilisation colonial d'infanterie n° 210.
M. le lieutenant Billard (L.-R.), du centre de mobilisation colonial d'infanterie n° 159.

INFANTRIE COLONIALE

Armée active.

Liste des officiers d'infanterie coloniale désignés pour suivre du 8 avril au 25 juin 1920, la deuxième série du cours des lieutenants d'instruction au centre d'études d'infanterie à Versailles.
Les lieutenants:
MM. Dubois (R.-L.), du 1<sup>er</sup> rég.
Faucher (H.), du 2<sup>e</sup> rég.
Jundervoët (J.-H.), du 3<sup>e</sup> rég.
Gras (P.-J.-H.), du 8<sup>e</sup> rég.
Moequais (M.-H.-L.), du 12<sup>e</sup> rég.
Aubé (P.-M.-R.), du 21<sup>e</sup> rég.
Boireau (E.-G.-F.), du 22<sup>e</sup> rég.
Menard (P.-A.-A.), du 24<sup>e</sup> rég.
Guinard (R.-J.), du 41<sup>e</sup> rég.
Boutelle (L.-E.-G.), du 42<sup>e</sup> rég.

Les officiers ci-dessus désignés se présenteront le 8 avril 1920, à 9 heures, au général commandant l'école d'application de l'infanterie, quartier des Grandes-Ecuries, à Versailles.
Ils n'emporteront ni ordonnance, ni cheval. Rien n'est, par ailleurs, modifié aux autres dispositions de détails (réglements, instructions, etc.), insérées au Journal officiel du 19 décembre 1928, page 13163.

ERRATA AU JOURNAL OFFICIEL

Etat-major.

10 février 1920: page 1751, M. le capitaine Gigon, de l'état-major de la 1<sup>re</sup> division d'infanterie, affecté à l'état-major de la 3<sup>e</sup> région, au lieu de: « service », lire: « réorganisation (service) ».

Train.

21 mars 1920: page 3434, 3<sup>e</sup> colonne, au lieu de: « Heauxis-Lagrave, en remplacement de M. Martino (A.), retraité », lire: « de M. Martine ».
Page 3448, 3<sup>e</sup> colonne, au lieu de: « Brillion (H.-L.), du 8<sup>e</sup> escadron du train », lire: « Drillon ».

MINISTÈRE DES PENSIONS

Modification au guide-barème des invalidités en ce qui concerne la neuro-psychiatrie.

RAPPORT

AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Paris, le 22 février 1920.

Monsieur le Président,

L'article 9 de la loi du 31 mars 1919 dispose que le taux des pensions d'invalidités est fixé par référence au degré d'invalidité apprécié de 5 en 5 jusqu'à 100 p. 100, et qu'un décret déterminera les règles et barèmes pour la classification des infirmités d'après leur gravité.
En exécution de cet article est intervenu le décret du 29 mai 1919.

Or, il est nécessaire de maintenir constamment ce décret en harmonie avec les données de la science. Dans ce but, ont été constituées des commissions comprenant de hautes autorités médicales, des représentants des mutilés et des représentants de l'administration (1). Chacune de ces commissions est chargée d'élaborer dans sa spécialité les modifications utiles, en tenant compte des plus récentes acquisitions scientifiques.

Le présent texte a pour objet de modifier le barème de 1919 concernant la neuro-psychiatrie.
S'il a votre approbation, nous avons l'honneur de vous prier de vouloir bien le revêtir de votre signature.

Nous vous prions, monsieur le Président, d'agréer l'hommage de notre respectueux dévouement.

Le ministre des finances, HENRY CHÉNON.

Le ministre des pensions, LOUIS ANTÉRIOU.

Le ministre de la guerre, PAUL PAINLEVÉ.

Le ministre de la marine, GEORGES LEYGUES.

Le ministre de la marine, chargé de l'intérim du ministère des colonies, GEORGES LEYGUES.

Le Président de la République française,

Vu l'article 9 de la loi du 31 mars 1919, modifiant la législation des pensions des armées de terre et de mer, en ce qui concerne les décès survenus, les blessures reçues et les maladies contractées ou aggravées en service;

Vu le décret du 29 mai 1919 déterminant les règles et barèmes pour la classification des infirmités d'après leur gravité, en vue de la concession des pensions accordées par la loi du 31 mars 1919;

Sur le rapport des ministres des finances, des pensions, de la guerre, de la marine et des colonies,

(1) La commission concernant la neuro-psychiatrie est composée comme suit:

- MM. Ch. Valentino, conseiller d'Etat, directeur du contentieux et des services médicaux au ministère des pensions, président.
Claude, membre de l'académie de médecine, professeur à la faculté de médecine de Paris.
Jean Lépine, doyen de la faculté de médecine de Lyon.
Sicard, professeur à la faculté de médecine de Paris.
André Leri, professeur à la faculté de médecine de Paris.
Le médecin général Chavigny, professeur à la faculté de médecine de Strasbourg.
Abadie, professeur à la faculté de médecine de Bordeaux.
Crouzet, médecin des hôpitaux de Paris.
Laignel Lavastine, médecin des hôpitaux de Paris.
Tinel, médecin des hôpitaux de Paris.
Roger Dupouy, médecin des asiles de la Seine.
Le médecin colonel Yallat, président de la commission consultative médicale.
A. Paloque, chef des services médicaux au ministère des pensions.
Hesnard, médecin principal de la marine, hôpital Sainte-Anne, Toulon.
Le docteur Garnaud, Paris.
Rivillet, office national des mutilés, Paris.

**Décrets :**

**Art. 1<sup>er</sup>.** — Les chapitres : muscles, nerfs et paralysies des membres supérieurs et inférieurs, crâne, cerveau : paralysies des nerfs crâniens, paralysies croisées d'origine cérébrale, altération grave des fonctions mentales, névroses traumatiques, colonne vertébrale, de l'annexe au décret du 29 mai 1919 (guide-barème des invalidités pour l'application de la loi du 31 mars 1919) sont supprimés et remplacés par les dispositions ci-annexées.

**Art. 2.** — Les ministres des finances, des pensions, de la guerre, de la marine et des colonies sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au Journal officiel.

Fait à Paris, le 22 février 1920.

GASTON DOUMERQUE.

Par le Président de la République :  
Le ministre des finances,  
HENRI CHASTENET.

Le ministre des pensions,  
LOUIS ANTÉRIOU.

Le ministre de la guerre,  
PAUL PAINLEVÉ.

Le ministre de la marine,  
GEORGES LEYGURS.

Le ministre de la marine, chargé de  
l'intérim du ministère des colonies,  
GEORGES LEYGURS.

**I. — NERFS PERIPHERIQUES**

**1<sup>o</sup> 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.

L'atrophie musculaire, la réaction de dégénérescence, l'anosthésie cutanée, les troubles trophiques, etc., ne sont pas des signes d'irréversibilité; 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 paralysies 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, persiste 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, poplité 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 SUPERIEUR**

	CM4	CM4 opposé
Paralysie totale du membre supérieur	75	65
Paralysie radiale, supérieure Duchenne-Erb comprenant deltoïde, biceps, brachial antérieur, coraco-brachial, long supinateur.	55	45
Paralysie radiale supérieure (type Klumpke) comprenant les muscles fléchisseurs des doigts ainsi que les petits muscles de la main.	60	50
Paralysie isolée du nerf sous-scapulaire (muscle grand dentelé)	15	10
Paralysie du nerf circonflexe	25	20
Paralysie du nerf musculocutané (biops), cette paralysie permet cependant la flexion de l'avant-bras sur le bras par le long supinateur.	20	15
Paralysie du nerf médian :		
a) Au bras (paralysie des muscles antibrachiaux)	50	40
b) Au poignet (paralysie de l'éminence thenar anesthésiée)	20	10
Paralysie du nerf cubital :		
a) Au bras (muscles antibrachiaux et muscles de la main).	30	20
b) Au poignet (muscles de la main, interosseux), l'impotence est sensiblement la même quel que soit le siège de la blessure.		
Paralysie du nerf radial :		
a) Lésion au-dessus de la branche du triceps	50	40
b) Lésion au-dessous de la branche du triceps (paralysie classique des extenseurs)	40	30
Paralysie associée du médian et du cubital	50	50
Syndrôme de paralysie du sympathique cervical (Claude Bernard-Horner) myosis ophtalmique, rétrécissement de la fente palpébrale, majoration de	5	10
Syndrôme d'excitation du sympathique cervical (Bourfour-Bu Belli), mydriase ophtalmique, majoration de	5	10
Ulcerations persistantes, troubles trophiques cutanés, majoration de	5	20
Réaction névritique (douleurs, raideurs, rétractions fibreuses, troubles trophiques, etc.), majoration de	10	40
Réaction causalgique, majoration de	20	60

**B. — MEMBRE INFÉRIEUR**

Paralysie totale d'un membre inférieur	70
Paralysie complète du nerf sciatique	40
Paralysie du nerf sciatique poplité externe	30
Paralysie du nerf sciatique poplité interne	20
Paralysie du nerf crural	50
Paralysie du nerf obturateur	10 à 20
Ulcerations persistantes, troubles trophiques cutanés, majoration de	5 à 20
Réactions névritiques, majoration de	10 à 40
Réaction causalgique, majoration de	20 à 60

**2<sup>o</sup> 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 de symptômes névritiques, douleurs, troubles trophiques, rétractions fibreuses, 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 cer-

taine fréquence, des adhérences durables ou définitives, par les troubles trophiques, rétractions, raideurs ou déformations plus ou moins irréductibles.

Les polynevrites 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 fibreuses, telles que l'équinisme ou la griffe des orteils.

Les polynevrites 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 polynevrites sont d'origine alcoolique et ne sont, par conséquent, pas imputables au service.

**A. — POLYNEVRITES A PRÉDOMINANCE MOTRICE NETTEMENT CARACTÉRISÉE**

Paralysie double antibrachiale des extenseurs	40 à 70
Paralysie bilatérale des muscles de la main et fléchisseurs des doigts	50 à 80
Paralysie bilatérale des extenseurs du pied et des orteils avec steppage	30 à 50
Paralysie bilatérale du triceps crural	40 à 50
Paralysie polynevrrique complète	60 à 80
Paralysie des quatre membres	60 à 100

**B. — POLYNEVRITES SENSITIVO-MOTRICES DOULOUREUSES**

Forme habituelle paraplégique	40 à 80
Forme quadriplégique	60 à 100
Séquelles névritiques, pied varus équin avec griffe fibreuse des orteils	50 à 60

**C. — POLYNEVRITES A PRÉDOMINANCE SENSITIVE**

Pseudo-tabès névritique	30 à 70
-------------------------	---------

**D. — NÉVRITES CHRONIQUES PROGRESSIVES**

Les névrites chroniques progressives (névrite du type Charcot-Marie, névrite hypertrophique du type Déjerine-Sottas, etc.) sont en général des maladies familiales, apparaissant dans l'enfance ou l'adolescence et subissant une aggravation lentement progressive.

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 reporter par comparaison au barème ci-dessus établi pour les polynevrites.

**3<sup>o</sup> 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, myéllites ou méningo-myéllites, etc.).

L'invalidité dans ces cas est essentiellement fonction de la lésion organique causale (mal de Pott, 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 quelque 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.

**Névralgie sciatique.**

Il s'agit uniquement des sciatiques persistantes; les crises aiguës de sciatique ne peuvent être considérées autrement que comme des affections épisodiques, non indemnissables.

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, scolioses, etc., mais sans troubles graves 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 50

**II. — 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 myéllites et méningo-myéllites, 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 radiculaire des symptômes, par la prédominance habituelle des douleurs et des troubles objectifs de la sensibilité sur les symptômes moteurs et trophiques plus discrets, par le retentissement douloureux de l'effort, de la toux et de l'éternement, 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 pa-

ralysies du plexus brachial ou des racines de la queue de cheval. (Voir névralgies ou paralysies.)

L'association rare de troubles trophiques, légitimerait la majoration habituelle des « réactions névritiques ». (Voir nerfs périphériques.)

**D. — ZONA**

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 les chapitres spéciaux.

**III. — COLONNE VERTEBRALE**

**1° 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 paralysies initiales et passagères) ..... 10 à 30

Déviations scoliotiques ou cyphotiques:

Non douloureuse ..... 0 à 0

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 lésion; modifications des réflexes, troubles objectifs de la sensibilité, attitudes révélatrices, atrophies musculaires, discordances motrices, réactions électriques anormales, etc.

a) Douleurs ostéo-articulaires: pesanteurs, tiraillements plus ou moins continus localisés au rachis, calmés par le repos ..... 40 à 20

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 ou du tronc (avec ou sans déviation):

Sans douleurs ..... 4 à 15

Avec douleurs:

Douleurs ostéo-articulaires ..... 45 à 25

Douleurs névralgiques ..... 20 à 40

Immobilisation avec déviation très prononcée et en position très gênante. 45

Ankylose étendue après traumatisme vertébral:

Souvent tardive après période de méditation: « spondylites traumatiques », maladies de Kummel, « cyphoses traumatiques » ..... 20 à 50 (selon douleurs et gêne fonctionnelle).

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 vrate (membre supérieur souvent plus atteint que l'inférieur) « évaluée avec les blessures de la moelle », (suivant côté et intensité).

Monoplégie d'un membre inférieur (évaluée avec le syndrome de Brown-Séquard).

**2° 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 *locus minoris resistentis*: il en est ainsi pour les troubles des ankylosantes (rhumatisme, spondyloses) les localisations ostéomyéllitiques ou tuberculeuses au rachis, etc.

Attitude vicieuse après affection longuement douloureuse (sciatique, etc.) ..... 5 à 11 (suivant persistance ou non des douleurs).

**Rhumatisme vertébral:**

Immobilisation douloureuse de la région lombaire (lombarthrite) 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 30

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 ..... 15 à 37 (suivant déviation, immobilisation ou douleurs).

**MAL DE POTT**

Voir le décret du 10 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 paraplégiés méduillaires complètes ou incomplètes. Si la paraplégie tient à une lésion située au-dessous de la première lombaire, il s'agit de paraplégie par lésion de la queue de cheval, généralement plus curable.

**3° 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 indcontestable 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).

**IV. — 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 traduisant par des incapacités ou des gênes fonctionnelles évidentes. Ces impotences se réduisent en pratique:

- Soit à des paralysies des membres symétriques (paraplégies).
- Soit à des paralysies des membres d'un même côté (hémiplegie spinale).
- 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**

Paralysie des deux membres symétriques, soit supérieurs (paraplégie brachiale ou supérieure), soit inférieurs (paraplégie crurale ou inférieure), soit des quatre membres (quadriplégie). 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 indemnités, 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
- 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
- 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
- d) Paraplégie complète nécessitant le confinement dans le décubitus.. 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.

**QUADRIPLÉGIE**

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
- b) Quadriplégie nécessitant le confinement au lit ..... 100

**SYNDROME DE BROWN-SÉQUARD**

Paraplégie partielle unilatérale avec anesthésie du membre symétrique non paralysé. Doit être évaluée suivant la gêne fonctionnelle du membre paralysé ..... 45 à 50

**HÉMIPLÉGIE MÉDULLAIRE**

Dans le cas d'hémiplegie spinale, l'atteinte paralytique des membres du même côté est souvent légère ou transitoire. Dans l'hémiplegie spinale totale (atteinte des deux membres), le membre inférieur est d'habitude beaucoup moins atteint que le membre supérieur. L'hémiplegie spinale peut être ainsi évaluée quand elle est définitive:

- a) Hémiplegie spinale incomplète permettant la marche, suivant le degré d'atteinte du membre supérieur:
    - Côté actif ..... 10 à 80
    - Côté opposé ..... 10 à 75
  - b) Hémiplegie spinale complète nécessitant le séjour au lit ..... 100
- Les taux précédents s'entendent, tous symptômes et complications compris. Cependant, dans les cas relativement rares où existent des douleurs surajoutées, d'une

intensité et d'une constance particulièrement pénibles, reconnaissant pour origine la lésion radiculaire-médullaire en cause, une majoration pourra exceptionnellement être prévue.

De plus, l'application de l'article 10 doit être discutée dans tous les cas de paraplégie, d'hémiplegie ou de quadriplégie complètes.

**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.

Ben que ces atrophies musculaires ne se limitent pas toujours à un segment déterminé du 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.

**Membre supérieur.**

	Côté actif.	Côté opposé.
Atrophie des muscles de la main.....	5 à 30	5 à 20
Atrophie des muscles de l'avant-bras.....	10 à 20	10 à 30
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
Atrophie des muscles de l'épaule et de la ceinture scapulaire.....	10 à 40	10 à 30
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.....	75	65
Atrophie complète avec impotence absolue des deux membres.....	100	

**Membre inférieur.**

Atrophie des muscles du pied.....	5 à 15
Atrophie des muscles de la jambe (région antéro-externe).....	10 à 20
Atrophie des muscles de la jambe (en totalité).....	10 à 30
Atrophie des muscles du pied et de la jambe.....	20 à 40
Atrophie des muscles de la cuisse (région antérieure).....	20 à 40
Atrophie des muscles de la cuisse (en totalité).....	20 à 50
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 60
Atrophie complète avec impotence absolue:	
D'un membre.....	70
Des deux membres.....	100

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;

b) Les atrophies musculaires évolutives et progressives se rencontrent:

Soit à titre de complications d'affections de la moelle épinière caractérisées individuellement. Dans ces cas, les atrophies musculaires ne donnent pas lieu à indemnités spéciales, les indemnités à adopter sont exclusivement celles des maladies causales. (Voir syringomyélie, tabes, myélie, etc.).

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 myélie syphilitique, poliomyélie antérieure chronique, sclérose latérale amyotrophique, etc.).

Des atrophies musculaires précédentes, il

faut rapprocher les atrophies musculaires pouvant survenir, soit à la suite de névrites et polyneuropathies 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 névrites, polyneuropathies, paralysies radiculaires, radiculites, etc.)

Les atrophies musculaires précédentes, d'origine myélopathiques, doivent être soigneusement distinguées des atrophies musculaires d'origine primitivement musculaires;

c) Amyotrophies à tendance régressive. Certaines amyotrophies (certains 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.

**TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ D'ORIGINE MÉDULLAIRE**

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.

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. 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 affections médullaires diverses.)

Les troubles subjectifs de la sensibilité (douleurs, parossthésies, etc.), peuvent exceptionnellement se montrer sans autres symptômes, surtout dans les lésions des racines rachidiennes. Ils doivent donner lieu, dans ces cas, à indemnités. (Voir radiculites, acroparossthésies, 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 10 à 20 p. 100.

**TROUBLES SPHINCTÉRIENS ET GÉNITAUX**

Les troubles des sphincters et les troubles de la fonction génitale se rencontrent très ex-

exceptionnellement comme manifestations isolées des maladies de la moëlle 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 comme séquelles plus ou moins durables ou même définitives d'affections médullaires.

Quand les troubles sphinctériens et génitaux font partie de l'ensemble symptomatique d'une affection médullaire caractérisée cliniquement, ils ne doivent pas donner lieu à des indemnités indépendantes; le barème en tient compte dans l'indemnisation d'ensemble. (Voir les différentes affections médullaires.)

Toutefois, les complications qui ne font pas partie du syndrome de la paraplégie (infection vésicale ou rénale, arthropathies, etc.) doivent donner lieu à indemnisation supplémentaire.

Au contraire, quand ces troubles existent seuls, à l'état de séquelles ou de symptômes de lésions organiques, radiculaires ou médullaires, absolument démontrés, ils peuvent être ainsi évalués:

**Troubles sphinctériens.**

- Rétention d'urine continue:
  - a) Complète (exigeant l'emploi régulier de la sonde)..... 50
  - b) Incomplète..... 40 à 20
- Rétention d'urine intermittente:
  - a) Ne nécessitant jamais l'emploi de la sonde..... 5
  - b) Nécessitant quelquefois le cathétérisme..... 5 à 10
- Incontinence d'urine continue:
  - a) Uniquement dans le sommeil... 20 à 40
  - b) Pendant la veille et dans le sommeil..... 30 à 60
- Incontinence d'urine intermittente:
  - a) Rare..... 5
  - b) Fréquente, survenant surtout dans les efforts musculaires, la marche ou le sommeil..... 40 à 20
- L'incontinence d'urine par lésions organiques (moëlle et queue de cheval) est à distinguer avec attention de l'incontinence d'urine nocturne, dite fonctionnelle, qui est évaluable de 0 à 5. (Voir vessie.)
- Rétention fécale:
  - a) Pouvant se corriger par les moyens habituels d'évacuation rectale..... 5
  - b) Rétention rebelle entraînant des symptômes de coprostase..... 40 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
- Préapisme incoercible et douloureux suivant l'intensité et la fréquence (considéré comme manifestation isolée de lésions organiques médullaires ou radiculaires)..... 40 à 20

**TRAUMATISMES DE LA MOËLLE**

Les plaies de la moëlle constituent le plus souvent toute la gravité des traumatismes de la colonne vertébrale (voir fractures et luxations du rachis). 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 (régions 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 paraplégies, atrophies musculaires, troubles sphinctériens et génitaux.)

Les compressions de la moëlle peuvent s'exercer sur la moëlle 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 moëlle 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, dorsolombaire, sacrée, radulaire, queue de cheval). (Voir Paraplégies, Atrophies musculaires, Troubles sensitifs, sphinctériens, génitaux, etc., etc.)

**HÉMATORRACHIS. — HÉMATOMYÉLIE**

L'hématorrachis ou hémorragie des méninges rachidiennes, réalise le plus souvent une compression de la moëlle. L'hémorragie est collectée et extradurale, ou diffuse, avec présence du 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 moëlle, peut survenir soit après un traumatisme, soit dans le cours des myélites diverses, soit après commotions par explosions, soit encore dans la décompression atmosphérique brusque (caissons à air comprimé, caissons à plongeurs, etc.). Elle se traduit ordinairement par des phénomènes paralytiques d'abord flasques puis spasmodiques, par des troubles sensitifs, trophiques, sphinctériens, etc., etc., qui peuvent en totalité ou en partie persister définitivement.

(Voir Paraplégies, Atrophies musculaires, Troubles sphinctériens, Commotions, etc.)

**MYÉLITES**

Les myélites aiguës peuvent succéder à toutes les infections et intoxications. Elles peuvent compliquer toutes les lésions traumatiques ou inflammatoires du voisinage de la moëlle. 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., etc. Elles peuvent guérir complètement, ou en laissant des séquelles qui sont ordinairement des troubles paralytiques ou amyotrophiques. (Voir Paraplégies, Atrophies musculaires, etc.)

Les myélites peuvent aussi être chroniques d'emblée et provoquer immédiatement les troubles précédents. (Voir mêmes chapitres.)

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.

**POLYMYÉLITES ANTÉRIEURES**

La poliomyélite antérieure aiguë est une myélite infectieuse localisée aux cornes antérieures de la moëlle. Elle se montre chez les hommes surtout de vingt à quarante 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 ostéoarticulaires, etc. (Voir surtout Atrophies musculaires.)

La poliomyélite antérieure chronique est une affection caractérisée par l'atrophie progressive des cornes antérieures de la moëlle, et par les traits cliniques suivants: affection de l'adulte, de l'homme surtout. Evolution extrêmement lente, atrophie musculaire, bilatérale et symétrique à progression ascendante, des membres supérieurs surtout du type dit Aran-Duchènes. 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. Evolution progressive mais quelquefois avec rémissions et même arrêts.

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 Atrophies musculaires.)

**SYPHILIS DE LA MOËLLE**

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, méningomyélites aiguës et subaiguës, poliomyélites, etc.). Son aspect clinique le plus fréquent est la paraplégie spasmodique à évolution chronique.

La syphilis de la moëlle, 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 subis 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 indolées syphilitiques mises en évidence par la ponction lombaire et l'examen du liquide céphalo-rachidien et par des syndromes traduisant l'inflammation subaiguë et progressive du système postérieur de la moëlle (douleurs à type fulgurant ou similaires, perte des réflexes tendineux, troubles de la sensibilité profonde, troubles des sphincters, incoordination motrice, etc.). On peut rencontrer dans le tabès les complications les plus variées et les plus graves (crises viscérales, 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 anarqué 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 le marche et la station..... 25 à 45
- Tabès grave ou avec arthropathies compromettant l'usage des membres ou ataxie gênant très fortement le marche..... 50 à 70
- Tabès très grave avec complications articulaires, oculaires, etc..... 70 à 100

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 moëlle, 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, lithyrisme, pellagre, etc.

Pour l'évaluation, voir tabès, paraplégies, syndromes cérébelleux, etc.

**SCLÉROSE LATÉRALE AMYOTROPHIQUE**

Affection associant l'atrophie des cellules antérieures de la moëlle à la sclérose des faisceaux pyramidaux. Affection de l'âge adulte. Evolution bilatérale d'amyotrophie progressive à début dans les extrémités supérieures. Signes de spasmodicité aux quatre membres. Sensibilité et sphincters normaux. Fréquence d'invasion terminale avec syndrome labio-glosso-laryngé. Peut être ainsi évaluée suivant les formes cliniques et l'intensité des troubles fonctionnels, tous symptômes compris:

Formes frustes ou très lentement progressives .....	30 à 50
Formes médullaires spasmodiques. 40 à 60	
Formes à amyotrophie rapidement progressive ou avec troubles bulbares .....	80 à 100

**SYRINGOMYÉLIE**

Affection caractérisée par la formation de cavités dans la moëlle. Frappe surtout les adultes de vingt-cinq à trente 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. Evolution 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 vaso-moteurs. 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
Formes plus progressives à amyotrophie limitée avec phénomènes spasmodiques généraux .....	40 à 60
Formes amyotrophiques graves avec troubles trophiques accentués ou troubles bulbares .....	60 à 100

Ces chiffres s'entendent tous symptômes et complications compris.

**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 formation de la moëlle (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, la teinte radicaire peut être limitée à quelques racines seulement, des 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 radicaire 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 réflexions 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.

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.

Pour les degrés d'invalidité à admettre dans les syndromes de la queue de cheval, voir lésions des nerfs périphériques, radiculites, paraplégies médullaires, atrophies musculaires médullaires, troubles sensitifs médullaires, troubles sphinctériens et génitaux médullaires.

**V. — BULBE**

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.

**HÉMIPLÉGIE BULBAIRE ALTERNE INFÉRIEURE**

(Voir Hémiplégie alterne.)

**SYNDROMES BULBAIRES**

Paralysies ordinairement associées et unilatérales du voile du palais, de la corde vocale du même côté du sternocloïdo-mastoïdien, du trapèze, de la langue, etc., désignés suivant les différents complexes cliniques sous les noms de syndromes de Avicenne, de Schmidt, de Jackson, de Tapia, etc. (Voir paralysies des nerfs crâniens.)

**PARALYSIE LABIO-GLOSSO-LARYNGÉE**

Syndrôme 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. Evolution plus ou moins lente et plus ou moins complète en quelques mois ou quelques années. Se rencontre le plus souvent dans la course de la sclérose latérale amyotrophique de la syringomyélie, du tabès, etc. (Voir sclérose latérale amyotrophique, syringomyélie, tabès, etc.)

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 .....

**Paralysie bulbaire aphasique. — Syndrome de Erb-Goldflam.**

**MYASTHÉNIE BULBAIRE**

Affection relativement rare, évoluant avec céphalées, asthénie musculaire accentuée, ptosis, ophthalmoplégies, paralysies faciales, troubles de la phonation, de la mastication et de la déglutition, paralysie des muscles du cou, etc. Paralysies motrices et fugaces ordinairement. Rémissions habituelles plus ou moins prolongées, avec reprises sans causes apparentes. Evolution 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.

Myasthénies légères, sans paralysies durables, ou sans gêne fonctionnelle considérable ou avec rémissions longues. 30 à 60

Myasthénies plus graves..... 60 à 80

**VI. — NERFS CRANIENS**

Les réactions des nerfs crâniens peuvent dépendre des lésions traumatiques ou reconnaître une étiologie non traumatique. Le contrôle radiographique et de l'examen électrique seront souvent nécessaires.

I. — S'il y a eu traumatisme, il faudra distinguer la blessure endo-crânienne de la blessure exo-crânienne.

a) 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 parasympathisme nerveux de voisinage (hémiplégie alterne, paralysie bulbaire, quadriplégie, etc.);

b) Par contre, la lésion traumatique extracrânienne du massif osseux facial, peut intéresser qu'un seul nerf crânien, nerf facial, nerf trijumeau, nerf spinal externe, nerf hypoglosse, etc.

II. — Les lésions des nerfs crâniens, d'ordre non traumatique, reconnaîtront soit une origine toxoinfectieuse, sinusites, otites, syphilis, encéphalite épidémique, diabète, rhumatisme, soit une compression par néoformation de voisinage (ganglions tuberculeux par exemple):

a) Il est évident que le degré d'invalidité d'une lésion traumatique de la base crânienne avec syndrome associé des nerfs crâniens et du parasympathisme cérébral ressortit au barème des traumatismes crânio-cérébraux;

b) Le degré d'invalidité des paralysies du nerf optique des amauroses partielles ou totales, uni 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;

c) Le degré d'invalidité des réactions isolées ou associées traumatiques des nerfs crâniens, 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.

Nerf olfactif. Anosmie simple (unilatérale ou bilatérale). Se référer au barème d'otiorhino-laryngologie.

Nerf optique. (Voir barème d'acuité visuelle.)

Nerfs moteurs oculaires: } So référer au barème des affections oculaires.  
Ptosis unilatéral (état définitif).....  
Ptosis bilatéral.....  
Diplopie permanente et définitive.....  
Diplopie épisodique variable.....

Nerf trijumeau: }  
Anesthésie simple, sans douleur, par section d'une branche périphérique (nerf sus-orbitaire, maxillaire supérieur, maxillaire inférieur).  
Algie avec ou sans anesthésie: }  
Algie du type intermittent + tic douloureux..... 25 à 70  
Algie du type continu sympathologique..... 30 à 90

Nerf facial. }  
Syndrôme de paralysie, paralysie du type périphérique: }  
Paralysie totale et définitive avec réaction de dégénérescence complète..... 40  
Paralysie partielle et définitive..... 40 à 50  
(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

Syndrôme d'excitation. }  
Contracture post-paralytique suivant la défiguration..... 0 à 10  
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" constructeur moyen..... 0  
Paralysie bilatérale exceptionnelle (évaluation suivant le degré des troubles fonctionnels observés)..... 5 à 10  
en général rééducation, 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 1 à 2 ans, à cause de l'innervation double des muscles trapèze et sterno-cléido-mastoïdien par le plexus cervical profond).....**

5 à 25

**Nerf hypoglosse:**

**Mélanthropie et réaction de dégénérescence unilatérale.....** 10  
**Bilatérale (excoptionnelle).....** 50 à 60

Les réactions isolées des nerfs crâniens, concernant 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, intéressés globalement (syndrome paralytique des quatre derniers nerfs crâniens, syndrome du trou déchiré postérieur, syndrome du carrefour condylo-déchiré postérieur) suivant le degré des troubles fonctionnels et suivant défiguration..... 10 à 60

**VII. — CRANE**

Les blessures du crâne avec ou sans perte de substance osseuse peuvent s'accompagner de lésions des centres nerveux, de phénomènes commotionnels plus ou moins durables, enfin de phénomènes subjectifs à évolution souvent régressive. On devra indemniser ces blessés en tenant compte d'une part de la lésion osseuse et d'autre part des troubles fonctionnels ou des phénomènes subjectifs.

Lésions du cuir chevelu avec phénomènes douloureux dus à des cicatrices vicieuses, ou à des névralgies par inclusions nerveuses cicatricielles sans lésions osseuses..... 0 à 15

Scalp ou brûlures du cuir chevelu avec électricités douloureuses..... 0 à 15

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 cent. q. jusqu'à 1 cent. q. si minimes que soient les phénomènes subjectifs, l'invalidité ne pourra être inférieure à..... 30

Perte de substance osseuse avec battements dure-méniens et impulsions à la toux, jusqu'à 12 cm. q. à brèche osseuse supérieure à 12 cm. q. battements et impulsions à la toux sans signes subjectifs à..... 50

Syndrôme subjectif commun des blessures du crâne (céphalées, éblouissements, vertiges), troubles de l'humeur et du caractère, émotivité, angoisse, irritabilité, insomnie, diminutions de la mémoire, troubles vaso-moteurs, tous phénomènes dont la régression est d'ailleurs habituelle..... 20 à 50

Mêmes lésions avec vertiges labyrinthiques démontrés par les épreuves spéciales (épreuves de Barany, épreuve de Babinski), et par l'examen auriculaire et de l'œil, ajouter aux évaluations précédentes les évaluations données pour l'oreille ou l'œil dans le barème.

En cas de double perte de substance osseuse, chaque perte de substance sera appréciée suivant ses dimensions.

Dans le cas de persistance de corps étranger intra-crânien:

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 des troubles fonctionnels, les apprécier suivant la valeur de chacun. (Voir hémiplégié, aphasie, etc.)

**PHÉNOMÈNES CONSÉCUTIFS AUX COMMOTIONS ET ÉMOTIONS**

a) Les commotions cérébro-spinales étaient ignorées dans les barèmes antérieurs. En 1916, en effet, elles consistaient en un ébranlement transmis au cerveau par un choc portant sur la boîte osseuse crânienne soit direc-

tement soit indirectement par le reste du squelette (chute sur les fesses, les genoux ou les pieds); ce qui les caractérisait, par définition, c'était l'absence de lésions au moins microscopiques et leur caractère transitoire. En 1919, la connaissance nouvelle des commotions par explosion d'obus avait montré la gravité possible de ces commotions; la plupart de celles qui n'avaient pas de suites immédiatement graves guérissaient assez rapidement, mais on commençait seulement à en connaître les conséquences et les séquelles possibles, c'est-à-dire ce qui constitue les commotions cérébro-spinales prolongées, les seules qui puissent donner lieu à indemnisation pour invalidité;

b) Les commotions cérébro-spinales prolongées doivent être bien distinguées des conséquences des émotions lesquelles sont infiniment plus fréquentes.

Elles sont consécutives soit à un choc sur le crâne ou rarement sur une autre partie du squelette, soit à un éclatement d'un obus, d'une pièce d'artillerie, d'une mine, plus rarement d'un dépôt de munitions, à proximité à peu près immédiate du sujet; les commotions vraies ne se produisant qu'à un voisinage du cône d'explosion, à 2 ou 3 mètres de l'éclatement d'un obus de petit calibre, 5 ou 6 d'un obus de moyen calibre, 10 à 12 d'un obus de gros calibre. Les émotions se produisent à des distances évidemment bien plus considérables.

Les commotions vraies ne se produisent guère que quand le crâne n'est pas perforé, quand il peut vibrer dans son entier et transmettre le choc à toute la masse cérébrale; c'est ce qui fait à la fois le faible degré et la large diffusion des lésions (mis à part les cas où à la commotion se joignent soit des lésions de confusion localisée, hémorragique ou destructive, soit une compression par hémorragie consécutive).

D'une façon générale, les phénomènes commotionnels débutent dès l'accident et se poursuivent en diminuant progressivement d'intensité jusqu'à la guérison. Toutefois on ne saurait faire de cette continuité une règle absolue et un moyen de diagnostic. D'une part, contrairement à ce qu'on pourrait croire, les commotions ne se manifestent pas forcément de façon immédiate après l'explosion; elles peuvent être retardées de quelques heures, quelques jours ou même quelques semaines. D'autre part, la commotion prolongée n'est pas forcément continue; elle est susceptible, dans les premiers temps du moins, d'améliorations plus ou moins durables, presque de guérisons, puis de reprises;

c) Ce qui caractérise les commotions, notamment les commotions prolongées, c'est l'inertie physique et mentale, l'incapacité au travail manuel ou intellectuel, la fatigue très rapide, les troubles de la mémoire (amnésie de fixation, et très rarement amnésie rétrograde), la difficulté ou l'impossibilité de l'attention, de l'application de la volonté.

Ce qui accompagne les commotions, parfois fort longuement, ce sont des céphalées diffuses, gravitives, continues et paroxystiques, et des étourdissements rappelant ceux des blessés du crâne, ce sont des douleurs disséminées avec parfois légère tendance à la contracture généralisée, ce sont des cauchemars et des hallucinations hypnogogiques avec insomnies exténuantes, c'est de l'hypotension artérielle et surtout de la lenteur du pouls, c'est de la dilatation pupillaire avec faiblesse des réactions.

La commotion prolongée peut durer des mois et des années, pendant lesquels les sujets sont des infirmes, des inférieurs pour le moins à eux-mêmes, des incapables de faire figure dans le monde et le plus souvent de reprendre leur ancien métier et de gagner leur vie. Ces commotionnés « chroniques » finissent presque toujours par guérir; ils sont susceptibles de sortir de leur torpeur comme après une longue hibernation assez peu diminués mentalement et physiquement. Ceux qui versent dans la démence sont exceptionnels, et sans doute la commotion n'a-t-elle été que l'occasion du déclenchement de la démence chez un prédisposé.

L'épilepsie consécutive à la commotion sans confusion paraît rare; il est toutefois difficile parfois d'en juger, étant donné l'apparition souvent très tardive des crises convulsives après les traumatismes. Ce qui paraît beaucoup plus fréquent, c'est le réveil d'une épi-

lopie ancienne (sujets atteints autrefois de convulsions de l'enfance répétées, par exemple) et surtout la multiplication du nombre de crises à la suite d'une commotion;

d) Le confusionné présente fréquemment des symptômes d'agitation motrice et d'excitation mentale opposés à l'inertie du commotionné; mais il succède à l'inertie physique et mentale quelques signes de localisation (hémiparésie, aphasie, ou dysphasie, céphalées localisées, crises de convulsion plus ou moins jacksonniennes, contractures, etc.). Quand le confusionné est en même temps un commotionné, l'inertie commotionnelle peut précéder les signes de confusion. Les syndromes consécutifs aux commotions doivent être évalués avec les blessures du cerveau;

e) Si l'on met à part les troubles hystériques évalués ailleurs, les conséquences tardives des émotions de guerre se traduisent par le syndrome de la névrose émotive ou par celui de la neurasthénie émotive.

La névrose émotive est un état d'émotivité anxieuse persistante et permanente, une véritable phobie et souvent une pantophobie continue, fréquemment accompagnée de la cheyrardie.

La neurasthénie émotive ne diffère guère de la neurasthénie vulgaire; c'est un véritable syndrome de fatigue excessive et prolongée, de surmenage physique et psychique. Différent du confusionné, le neurasthénique reste capable d'action, de loquacité même exubérante et de vivacité intellectuelle, tant qu'il s'agit de sa préoccupation favorite, de sa propre santé; différent du névrosique, il n'est anxieux que de lui-même.

La névrose et la neurasthénie émotives sont plus rapidement curables que la commotion prolongée, mais non toujours sans séquelles, sans que l'individu reste un peu inférieur à son état antérieur.

**Conséquences isolées de certaines commotions.**

**Syndrôme subjectif: céphalées et étourdissement:**

À évaluer sensiblement moins que pour les blessés du crâne (même en mettant à part la brèche osseuse) le syndrome subjectif semblant plus curable que chez les blessés du crâne..... 5 à 10

Atrophies post-commotionnelles: rares, parfois progressives, mais le plus souvent susceptibles de régression. (Voir les pourcentages des atrophies musculaires régressives.)

Commotion auriculaire, syndrome de Ménière postcommotionnel, etc., à évaluer avec le chapitre « oreilles ».

Epilepsie généralisée ou jacksonnienne. Provoquée par la commotion (peut être très retardée). (Voir épilepsie.)

À évaluer suivant le nombre de crises. (Voir épilepsie.)

Révéllée ou augmentée par la commotion. (Voir épilepsie.)

Commotion cérébro-spinale prolongée (syndrome complet):

Inertie, bradycardie, hypotension, etc..... 5 à 60 (Prolonger autant que possible l'indemnisation temporaire et révisable.)

Démence postcommotionnelle. (Voir troubles mentaux.)

Contusions cérébrales: degré d'invalidité variable surtout avec les signes de localisation (hémiparésie, aphasie, etc.) évalués avec les blessures du cerveau. (Voir les lésions correspondantes et majorer de 5 à 15 pour la commotion sans dépasser 100.)

Névrose émotive. Neurasthénie émotive. (Voir névroses.)

**VIII. — MENINGES**

**MÉNINGITES. — ÉTATS MÉNINGES**

Pour l'indemnisation des reliquats de ces affections, se reporter aux divers chapitres du barème.

**IX. — ENCEPHALE**

**HÉMIPLÉGIE ORGANIQUE**

Caractérisée non seulement par les troubles de la motilité, mais par le signe du peaucier, l'extension des orteils, la flexion

combinaison de la cuisse et du tronc, les troubles des réflexes tendineux, etc. :

a) Hémiplégie complète, tous symptômes et complications compris sauf aphasie, douleurs vives et persistantes d'origine centrale, paralyse des nerfs crâniens qui doivent être évalués en plus..... 400

Éventuellement, ajouter :  
Aphasie. (Voir ce mot.)  
Paralysie des nerfs crâniens. (Voir hémiplegies alternes.)  
Douleurs vives et persistantes d'origine centrale ..... 15 à 20

—Éventuellement : application de l'article 10 dans les cas de contracture, gâtisme, escarres, impossibilité de se lever et de s'alimenter seul et d'une manière générale dans tous les cas où l'aide d'une tierce personne est indispensable et constante.

b) Hémiplégie incomplète avec ou sans contracture, mais permettant la marche avec ou sans canne suivant le degré d'atteinte du membre inférieur :

Côté actif ..... 40 à 80  
Côté opposé ..... 40 à 75

MONOPLÉGIE ORGANIQUE

Totale et complète est exceptionnelle : le plus souvent associée à des signes d'hémiplegie :

Membre supérieur :  
Côté actif ..... 25 à 70  
Côté opposé ..... 15 à 60  
Membre inférieur, la marche est le plus souvent possible ..... 20 à 60

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 ..... 40 à 30

b) Avec impossibilité de correspondre avec ses semblables (altération du langage intérieur) ..... 60 à 80

Éventuellement, ajouter le déficit mental.

Le taux de 60 à 80 envisagé ci-dessus est applicable si l'aphasie est isolée.

Si elle est associée à une hémiplegie on ajoutera au taux de l'hémiplegie un taux de 20 seulement.

DIPLÉGIE CÉRÉBRALE

Marche impossible ..... 400  
Marche possible suivant le degré d'atteinte des membres inférieurs.. 30 à 20

SYNDROME PSEUDO-BULBAIRE

Apprécier :  
a) Les troubles paralytiques suivant leur intensité :

Hémiplégie complète. (Voir ce mot.)  
Hémiplégie incomplète. (Voir ce mot.)  
Paraplégie incomplète (marche à petits pas). (Voir ce mot.)  
Paraplégie complète (paraplégie en flexion). (Voir ce mot.)

b) Les troubles bulbaire. (Voir syndromes des nerfs crâniens.)

c) Les troubles mentaux.  
Éventuellement application de l'article 10 dans les conditions indiquées ci-dessus pour l'hémiplegie organique complète.

PARALYSIE LABIO-GLOSSO-LARYNGÉE

(Voir aussi sclérose latérale amyotrophique.) Doit être appréciée d'après l'importance et l'étendue des troubles bulbaire (prononciation, déglutition, mastication, etc.) en se reportant au taux de la paralysie des nerfs crâniens correspondants (Voir syndromes des nerfs crâniens.) ..... 20 à 100

SYNDROME CÉRÉBELLUX

Caractérisé par les troubles de l'équilibre statique (vertiges, calotone, etc.) et de l'équilibre cinétique, démarche titubante, asynergie, hypermérie, adiadococinésie, etc.)  
Unilatéral (comparer au degré d'hémiplegie correspondant) :

Côté actif ..... 10 à 80  
Côté opposé ..... 10 à 75  
Bilatéral (comparer au degré de diplegie correspondant) ..... 30 à 100

PARALYSIES ALTERNES

Apprécier d'abord l'hémiplegie 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'hémiplegie 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 la concevait autrefois, mais aussi le syndrome parkinsonien d'origine encéphalitique connu depuis quelques années seulement et dont les exemples sont si nombreux. C'est, à vrai dire, le syndrome postencéphalitique, en face duquel le médecin expert se trouvera le plus souvent, en raison de l'âge des malades 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 un intérêt à les différencier, car les grands symptômes entraînant des troubles fonctionnels importants sont communs aux deux syndromes.

L'expert devra tenir compte, pour l'appréciation de ces troubles :

1° De la rigidité plus ou moins généralisée qui porte sur la face, sur les membres et entraîne des troubles des mouvements et de la démarche ;

2° Du tremblement surtout marqué aux extrémités des membres qui gêne l'écriture et tous les actes délicats de la main.

Dans l'appréciation de la rigidité et du tremblement, il y aura lieu de tenir compte de ce fait que le début est souvent unilatéral et peut, pendant un certain temps, être limité à la moitié du corps et, par conséquent, donner une impotence d'apparence hémiplegique :

3° Des troubles intellectuels. Les malades sont le plus souvent asthéniques, déprimés, irritables, mais pouvant, dans certains cas, présenter même des troubles mentaux importants ;

4° Des troubles de la parole, des troubles de la déglutition et de la salivation exagérée ;

5° Des troubles sympathiques et des troubles généraux pouvant mener à l'amalgrissement et à la cachexie.

Le syndrome parkinsonien peut se présenter sous des formes diverses et à des stades successifs de son évolution avec des taux d'invalidité différents.

L'expert pourra apprécier ces invalidités suivant des modalités dont nous ne pouvons donner ici que quelques exemples :

1° Syndrome parkinsonien unilatéral avec ou sans tremblements :  
Côté actif ..... 10 à 50  
Côté opposé ..... 10 à 45

2° Syndrome parkinsonien incomplet ..... 80 à 60

3° Syndrome parkinsonien avec troubles de la parole et de la déglutition et salivation exagérée .... 30 à 80

4° Troubles mentaux surajoutés. (Voir troubles mentaux.)

5° Syndrome parkinsonien confirmé à une période avancée ..... 60 à 100 avec possibilité de suspension et application de l'article 10.

Mouvements involontaires. — Tremblements, myoclonies, chorée, athétose ;

Post-émotionnels. (Voir névroses.)  
Post-traumatiques. (Voir hémiplegie et traumatisme crânien.)

Post-encéphalitiques et autres à apprécier suivant la localisation et l'intensité (comparer aux paralysies organiques incomplètes d'origine cérébrale) ..... 10 à 60

Torticollis dit mental ..... 20 à 40

Spasmes : type crampes des écritains, 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) ..... 40 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 qu'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 surviennent peu de temps après le traumatisme.

Les innombrables syndromes auxquels elles donnent lieu suivant leur localisation pouront parfois être évalués par l'expert par analogie avec une autre affection de même localisation (voir : syndromes corticaux, hémiplegie, monoplegie, aphasie, thalamiques et extrapyramidaux, hypophysaires, pédonculaires, protubérantiels, bulbaire, cérébelleux, des nerfs crâniens, etc.)

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 pénièle, vertiges, radiculalgies des nerfs crâniens, etc., dont quelques-uns d'ailleurs peuvent rester 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 épilepsie).

Les troubles psychiques (voir psychoses).

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 néoformalif au début ou faiblement évolutif) et caractérisés 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 (amalgriissement, 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 onchevêtrées, 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'altérament permanent ..... 80 à 100 (avec ou sans adjonction de l'article 10).

SCLÉROSE EN PLAQUES

La sclérose en plaques est une maladie infectieuse du névraxe, se montrant surtout entre 20 et 40 ans, se traduisant cliniquement par une évolution lentement progressive, des poussées avec rémission, des symptômes tels que vertiges, nystagmus, troubles 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:

1° Formes lentes frustes, peu évolutives, peu accentuées..... 20 à 40  
2° Formes progressives avec gêne plus ou moins accentuée des mouvements de la station ou de la marche..... 40 à 60  
3° Formes graves avec troubles moteurs considérables ou phénomènes bulbaire..... 60 à 100  
Ces évaluations s'entendent sous symptômes et complications compris.

ENCÉPHALITE ÉPIDÉMIQUE ET ENCÉPHALO-MYÉLITE

(Voir les chapitres spéciaux, notamment):

- Troubles des nerfs crâniens.
- Troubles médullaires.
- Troubles névritiques.
- Troubles mentaux.
- Troubles myocloniques.
- Troubles sensoriels.
- Troubles parkinsoniens.

X. — EPILEPSIES

1° Epilepsies non jacksoniennes.

A. — CRISES CONVULSIVES

Les crises convulsives devront avoir été constatées par un médecin spécialiste. Cette mesure est nécessaire en raison de la fréquence des cas dans lesquels la confusion est faite entre les crises d'épilepsie et d'hystérie.

Le diagnostic d'hystéro-épilepsie ne doit jamais être porté. Les cas doivent être rapportés à l'une ou l'autre des catégories, soit épilepsie, soit hystérie.

Il ne sera pas toujours possible de distinguer l'épilepsie traumatique de l'épilepsie dite essentielle. La première comporte parfois un élément de prédisposition, et la seconde peut être éveillée par des incidents provoquant, ou aggravé par eux. Les principaux cas d'épilepsie ouvrant des droits à pension sont les suivants:

- L'épilepsie traumatique (blessure des centres nerveux ou des nerfs périphériques).
- L'épilepsie commotionnelle par décalentement (pour celle-ci se reporter au chapitre commotion).

Les épilepsies toxiques ou infectieuses (y compris celles consécutives à une vaccination, à un traitement sérothérapique).

Les épilepsies constitutionnelles aggravées par les circonstances de la vie militaire.

On retiendra que toutes peuvent tenir en partie à un facteur accessoire, l'alcoolisme. Dans ce cas, l'export n'aura pas à tenir compte de l'aggravation apportée par l'alcool.

Pour apprécier le degré d'invalidité, on tiendra compte de:

- La fréquence des crises.
- La forme et l'intensité des crises.
- L'état interparoxystique (équivalents moteurs et surtout mentaux).

Enfin, comme élément accessoire on devra tenir compte du résultat d'un traitement rationnel. Certains épileptiques graves sont considérablement améliorés par le traitement, d'autres ne sont influencés en rien par lui.

Le barème doit être établi de la façon suivante:

- Epilepsie, suivant la fréquence le moment (diurne ou nocturne), l'intensité, le caractère des crises et leur retentissement: de 60 à 80
- Epilepsie très grave avec retentissement notable et prolongé sur l'activité générale (tout compris dans le cas où il existe des troubles mentaux)..... 85 à 100

D. — ÉQUIVALENTS ÉPILEPTIQUES (épilepsies non convulsives).

Les manifestations de cette sorte d'épilepsie doivent pratiquement être limitées aux trois espèces suivantes:

- Absences, accès vertigineux et épilepsie procrustée.
- Leur taux sera estimé de la façon suivante:

Accès vertigineux ou accès procrustés survenant une à trois fois par an.....	0 à 10
Accès vertigineux ou procrustés se produisant une fois par mois.....	10 à 20
Accès vertigineux ou procrustés survenant une fois par mois en moyenne.....	20 à 30
Accès vertigineux ou procrustés survenant en moyenne trois fois par semaine.....	40 à 50
Accès vertigineux ou procrustés survenant de façon très fréquente, avec des manifestations graves.....	40 à 60

G. — TROUBLES NERVEUX DANS L'ÉPILEPSIE COMPRENANT:

- 1° Troubles de l'humeur et du caractère: font partie de la constitution mentale de l'épileptique, de la maladie épileptique. Ne sont donc pas à indemniser à part;
- 2° Troubles de confusion mentale (obnubilation simple, état prépusculaire, confusion hallucinatoire et délirante) consécutifs à une crise convulsive ou vertigineuse. Ne sont pas à indemniser à part, mais constituent une forme plus grave de l'épilepsie dont le taux d'indemnisation est plus élevé que les formes convulsives ou vertigineuses simples;
- 3° Troubles démentiels secondaires aux épilepsies convulsives ou vertigineuses. (Voir démenec.)

2° Epilepsies jacksoniennes.

La gravité des crises d'épilepsie jacksonienne sera appréciée d'après l'étendue des groupes musculaires atteints par la crise et d'après le nombre des crises.

Crisis limitées à quelques groupes musculaires en très petit nombre, soit de la face, soit d'un membre et so répétant jusqu'à dix, douze fois par an..... 0 à 10

Crisis limitées comme précédemment et se répétant en moyenne jusqu'à une fois par semaine..... 10 à 20

Crisis limitées comme précédemment et se répétant en moyenne plusieurs fois par semaine..... 20 à 30

Crisis occupant des groupes assez étendus et se répétant jusqu'à dix ou douze fois par an..... 10 à 20

Crisis analogues se répétant en moyenne jusqu'à une fois par semaine..... 20 à 30

Crisis analogues se répétant en moyenne plusieurs fois par semaine..... 20 à 40

Crisis généralisées. Leur taux est le même que celui des crises d'épilepsie essentielle.

XI. — 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 végétal ou parasymphatique, 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 vasomoteurs, secrétoires, trophiques, réflexes, troubles physio-pathiques sympathogénétiques.

b) Causalgie. — La douleur brûlante décrite par Weir-Mitchell dans certaines blessures des nerfs contient 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) Paralyse radiculaire du plexus brachial du type inférieur Klumpke:

Côté actif.....	60
Côté opposé.....	50
avec syndrome de Claude Bernard-Horner, en plus.....	5

d) Nerf pneumogastrique. — Sa distribution au poulmon, au cœur et au tube digestif, le pneumogastrique à dans ses troubles une phy-

siologie 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 barème des affections pulmonaires.)

Asthme avec signes permanents d'affection pulmonaire selon la gravité. (Voir barème des affections pulmonaires.)

e) Sympathique cervical:

Syndrome d'exaltation (mydriase, exophtalmie, élargissement de la lente palpébrale, leur hyperhidrose..... 5

Avec hyperhidrose, anhidrose marquée unilatérale..... 10

Syndrome de paralysie (myosis, exophtalmie, rétrécissement de la lente palpébrale, rougeurs, anhidrose, 5 à 10

f) Sympathique thoraco-abdominal. — Les blessures et les affections de la chaîne sympathique dorso-lombaire, outre les troubles cutanés vasomoteurs, pilomoteurs, secrétoires 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 uns à une lésion organique du système nerveux et les autres à une origine psychique, émotion, pléthysmisme, excitation, simulation, revendication. Rentrent dans la sympathose diffuse les troubles nerveux d'origine physio-pathique à physiologie vasomotrice, pilomotrice, secrétoire, viscérale, qu'on peut ramener à deux types principaux:

1° 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'hypochlorhydrie, à la constipation), syndrome physio-pathique, dont la constatation au cours d'une neurasthénie post-traumatique, par exemple, doit la faire considérer comme sérieuse et entraîner une incapacité de..... 10 à 50

2° 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'hyperension artérielle, l'insomnie, la mydriase, l'élévation de la température, le glycosurie)

Syndrome physio-pathique, 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

La pathologie des glandes à sécrétion interne est encore obscure en certains points. Aussi ne seront envisagées ici 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 troubles dont font partie les goitres simples (voir goitres, tumeurs) et d'autre part, les syndromes liés à des perturbations des sécrétions glandulaires (syndrome de Basedow, insuffisance thyroïdienne).

1° 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 a 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:

Goutte exophtalmique sans troubles viscéaux et avec bon état général. 5 à 20  
 Goutte exophtalmique avec troubles viscéaux et amaigrissement. 25 à 50  
 Goutte exophtalmique avec troubles viscéaux graves et cachexie très prononcée et persistante. 55 à 100

**Myxœdème.** — Le myxœdème ou cachexie strumipriva est l'expression syndromique de l'insuffisance thyroïdienne. Au point de vue de l'invalidité on doit distinguer deux paliers :

1. Le myxœdème sans troubles mentaux graves. 25
2. Myxœdème avec troubles mentaux graves (voir troubles mentaux). 55 à 100

**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 rigidité, de l'opacité, de la torpeur intellectuelle ou de la somnolence, des tendances aux douleurs articulaires et à la constipation. 5 à 20

**Parathyroïdies.** — 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'autres causes :

- Forme légère et intermittente avec bon état général. 5 à 15
- Forme grave avec atteinte de l'état général. 20 à 50

**Hypophyse.** — Sans entrer dans la discussion des relations réciproques de la région du tuberc crânien 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 la syndrome adipo-génital.

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 turque liée à une hypertrophie hypophysaire. Déformation simple, avec troubles fonctionnels... 5 à 15  
 En cas d'hémianopsie, éblouissement, voir les chapitres correspondants.

GIGANTISME

Le gigantisme hypophysaire est, peut-on dire, l'acromégalie du jeune homme dont les partages juxta épiphysaires ne sont pas osifiés.

- Gigantisme simple. 0
- Gigantisme hypophysaire ou infundibulo-tubérien avec troubles fonctionnels (infantilisme, débilité mentale). 5 à 20

**Macrogénétosomie.** — Quoique très mal connue, la physiopathologie de la glande pinéale permet cependant de considérer la macrogénétosomie comme pouvant être l'expression d'un trouble évolutif d'origine pinéale. La macrogénétosomie est un syndrome caractérisé par le développement très précoce des organes génitaux avec apparition des caractères sexuels secondaires.

**Capsules surrénales.** — La physiopathologie des surrénales permet d'envisager trois groupes distincts, le syndrome d'Addison, l'insuffisance surrénale sans addisonisme et l'hyperépénéphrie.

Syndrome d'Addison :

Il est caractérisé par la mélanodermie cutano-muqueuse avec asthénie, fatigabilité musculaire rapide, hypotension artérielle et douleurs lombaires. Ce syndrome est, en général, lié à la tuberculose surrénale. L'invalidité qu'il entraîne doit être évaluée par palier. 20 à 100

**Insuffisance surrénale sans mélanodermie.** Elle se caractérise par l'asthénie, la fatigabilité musculaire, l'hypotension artérielle susceptible d'augmentation par la moindre tox-

infection. Elle diminue considérablement la résistance du malade et doit entraîner une invalidité par palier. 20 à 100

Hyper-épénéphrie :

Elle est caractérisée par l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie et quelquefois la glycémie. L'hyper-épénéphrie est souvent liée à la sclérose rénale. (Voir néphrite chronique.) 10 à 30

**Testicules.** — Dans la pathologie des testicules sont à envisager séparément l'insuffisance des spermatozoïdes et les troubles de la sécrétion entraînant des syndromes tels que l'infantilisme, l'eunuchisme et le féminisme.

Aspermie :

L'absence des spermatozoïdes consécutive à une blessure ou à une lésion des testicules peut entraîner une incapacité de. 5 à 20

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 androgène 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 avortée l'eunuchisme répond à la gérodermie génito-dystrophique du Homme. 5 à 30

**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 les cas où l'origine est congénitale ou constitutionnelle et n'a rien à voir avec un accident d'indemniser. Il est bien entendu qu'il ne faut pas considérer parmi les syndromes de l'insuffisance ovarienne les manifestations habituelles vasomotrices, sudorales, trophiques et psychiques qui accompagnent souvent la ménopause physiologique même précoce. Ne sont donc envisagés que trois aspects des troubles ovariens : l'hypérovarie, l'hypoovarie et l'anovarie.

Hypérovarie :

L'hypérovarie est caractérisée par l'intensité et la fréquence des règles, la fréquence de l'hypothyroïdie concomitante, l'accentuation des caractères sexuels féminins. L'hypérovarie 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 des sécrétions sudorales, 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 troubles mentaux et viscéraux.)

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 80

XII — 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 de Duchenne), paralyse pseudo-hypertrophique de Duchenne). 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-Biérine, type Erb, type Leyden-Moebius, type Zimmerman, Lichnerst, etc., 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
- Myopathies avec atteinte localisée ou presque aux membres supérieurs et à la ceinture scapulaire. 40 à 70
- Myopathies avec atteinte de la face. 50 à 84
- Myopathies avec atteinte de la face et gêne considérable de la mastication, de la déglutition, de la phonation, etc. 100

En dehors des atrophies musculaires précédentes, myopathiques ou myopathiques fixes ou progressives, il faut rappeler l'existence relativement rare d'atrophies musculaires, d'aspect clinique variable, de localisations et d'intensités différentes, de pathogénie encore incertaine, pouvant se rencontrer à la suite de maladies infectieuses graves et même de complications nerveuses. Ces atrophies musculaires peuvent être définitives, comme elles peuvent être érogatives et même disparaître après un temps plus ou moins long.

**b) Atrophies musculaires myéopathiques** (voir plus haut).

XIII. — OS ET ARTICULATIONS

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

XIV — NEUROSES

Les névroses provoquées ou aggravées par le service militaire peuvent être des syndromes généralisés, c'est-à-dire constitués par des symptômes de réaction neuro-psychique générale : état mental spécial, fatigabilité, hyperémotivité avec ou sans troubles viscéraux comme la dyspepsie, moleur comme le tremblement, etc., ou des syndromes localisés, tels que : paralysies, troubles sensoriels, spasmes ou contractures, asthénobasies, etc. Mais, généralisés ou localisés, ces syndromes peuvent pratiquement être rangés sous a) rubriques : états neuro-psychasthéniques, états hystériques et pithiatiques, troubles fonctionnels moteurs à rapprocher des états névropathiques.

A. — ÉTATS NEURO-PSYCHASTHÉNIQUES

Ils comprennent tous les syndromes décrits sous les termes : neurasthénie, psychasthénie, névrose d'angoisse, phobies et obsessions, etc., qui ont pratiquement, comme trait fondamental, d'être des états conscients et relativement peu graves caractérisés soit par « l'épuisement nerveux », soit par « l'hyperémotivité anxieuse ». Leur étiologie consiste le plus souvent dans

le surmenage physique et émotionnel ou les antécédents infectieux.

Lour invalidité peut être considérée comme ne dépassant jamais 50, car un état neuro-psychopathique qui détermine une invalidité supérieure à ce taux peut toujours trouver place dans le cadre des psychoses.

a) En ce qui concerne les états où dominent les signes d'épuisement nerveux (asthénie générale, dyspepsie nerveuse, troubles du rythme cardiaque, état mental dépressif), l'expert s'attachera à préciser l'objectivité des symptômes, facteur incontestable de gravité et élément excellent d'appréciation, comme par exemple: le retentissement sur l'état général ou l'amorçage de troubles qui se manifestent cliniquement, les signes de déséquilibre neuro-végétatif (vago, sympathicotomie), l'hypotension artérielle. Il recherchera aussi l'existence de l'asthénie psychique (difficulté de l'attention, de la mémoire, de la fixation, dépression morale), qui sans aller jusqu'à la psychose, assimilé généralement le tableau clinique de l'épuisé.

b) En ce qui concerne les états caractérisés par l'hyperémotivité anxieuse, ou états anxieux, l'expert différenciera les angoisses de guerre vraies, souvent en grande partie acquises (consécutives aux émotions des explosions, torpillages, etc.), des angoisses banales réveillées ou aggravées chez les innombrables prédisposés par les conditions de la vie militaire.

Pour les premiers, il n'y a pas lieu de rechercher d'autres précisions que celles de l'intensité des symptômes considérés en eux-mêmes: angoisse (ou phobies) rappellent les événements de guerre, cauchemars, etc.), et retentissement sur l'équilibre nerveux et psychique.

Mais, pour les seconds, il devra préciser dans quelles limites a été modifiée l'activité sociale du sujet (capacité professionnelle, etc., etc.), seul critère à peu près sûr du dommage réellement causé chez les individus de cette catégorie, individus à mentalité naturellement fragile, de ce fait peut être plus sensibles que le normal, aux émotions déprimantes, mais de ce fait aussi toujours susceptibles de s'adapter aux divers assauts de leur névrose et de la réduire.

Il fera entrer aussi en ligne de compte l'âge, les névroses comportant un pronostic beaucoup plus sévère au delà de 47 ou 48 ans.

B. — ETATS PITHIATIQUES OU HYSTÉRIQUES

Les états pithiatiques sont caractérisés par une suggestibilité corporelle spéciale qui détermine ou entretient certains syndromes fonctionnels soit isolés dénommés hystériques (terme qu'on peut conserver car il s'applique mieux pratiquement à certains états où la doctrine de la suggestibilité n'est pas encore à réserver); paralytiques, contractures, asthénies spéciales, troubles fonctionnels du langage, de la marche, etc.

a) Le principal caractère clinique de ces états étant, par définition, d'être « curables par la persuasion », il n'y aurait pas lieu théoriquement de faire une place aux syndromes pithiatiques purs, c'est-à-dire indiscutablement indemnes de toute espèce de lésion organique associée, ni de tout état mental autre que celui de l'hystérie classique (souvent vaguement déséquilibré, anormal, utilitaire ou revendicateur).

b) En ce qui concerne l'association avec les troubles organiques appliquer la règle de Babinski, de ne pas tenir compte de la « surcharge fonctionnelle » dans l'appréciation de l'invalidité.

c) De même pour l'association aux troubles mentaux vrais, en distinguant le cas de désordres mentaux de nature pithiatique (comme le puérilisme mental, certains syndromes de Ganser et autres accidents mentaux de pure suggestibilité), qui pourront être assimilés, mais seulement dans les cas indiscutables, aux syndromes pithiatiques vulgaires.

Dans les cas absolument exceptionnels où l'hystérie paraît, en se greffant sur un état organique ou mental légitime, en aggraver indiscutablement le tableau clinique, il y aura, par contre, lieu de prévoir une légère augmentation d'invalidité (40 par exemple).

d) En ce qui concerne enfin l'association avec les troubles psychopathiques de la série Babinski-Froeman (viciété des réflexes, amyop-

trophie prononcée, contractures spéciales résistant à l'anesthésie, troubles thermiques, vasomotrices et trophiques accentués), les cas entièrement rebelles ne sont pas absolument assimilables aux impotences d'origine organique similiaire (par exemple). Car l'impotence proprement dite (paralyse ou contracture) paraît bien être, dans ces cas, beaucoup plus près du pithiatisme que de l'organisme.

Il semble bien, en effet, que ce soit uniquement le fait de l'association même de l'élément fonctionnel (curable en soi) avec l'élément organique, qui entretienne l'impotence par résistance au traitement: d'où pronostic moins défavorable et invalidité moindre que pour une impotence organique fixée analogue.

C. — TROUBLES MOTEURS FONCTIONNELS

En ce qui concerne enfin les troubles moteurs fonctionnels à rapprocher des états névropathiques: liés avec ou sans état mental neuro ou psychopathique, spasmes (spasmes de torsion, etc.), torticollis, tremblements de formes diverses, localisés ou non, ces états ne peuvent être considérés comme fonctionnels que lorsqu'on a pu éliminer tout base organique (lésions infectieuses, en particulier, comme celles de l'encéphalomyélite épidermique). C'est donc les signes révélateurs de cette base organique que l'expert s'attachera à rechercher.

Evaluation de l'invalidité.

I. — ETATS NEURO-PSYCHASTHÉNIQUES, comprenant tous les syndromes à base d'épuisement physique ou psychique et d'hyperémotivité anxieuse:

- a) Cas à prédominance clinique d'épuisement physique ou psychique (surmenage physique ou émotionnel, infections, etc.):
- Signes fonctionnels d'ordre somatique sans symptômes objectifs..... 0 à 40
- Signes somatiques avec retentissement net sur l'état général..... 45 à 40
- Signes psychiques, allant de la fatigabilité cérébrale simple à l'impairance intellectuelle caractérisée (consciente)..... 20 à 50
- Symptômes v a g d - sympathiques marqués ou prédominants..... 10 à 20 en plus de l'invalidité ci-dessus;
- b) Cas à prédominance clinique d'hyperémotivité anxieuse:
- Syndromes anxieux de guerre (émotions de guerre, intenses ou répétées), suivant l'intensité des symptômes considérés en eux-mêmes..... 10 à 50
- Syndromes anxieux d'origine constitutionnelle avec ou sans phobies ou obsessions, suivant leur retentissement sur l'activité sociale..... 0 à 40

II. — ETATS HYSTÉRIQUES ET PITHIATIQUES. — Comprenant tous les syndromes à base de suggestibilité corporelle pithiatique, associés ou non à d'autres affections:

- Syndromes pithiatiques purs (c'est-à-dire sans aucune espèce de lésion organique objectivement appréciable) ayant exceptionnellement persisté (cristes invétérées, etc., etc.)..... 0
- Syndromes pithiatiques co-organiques (surajoutés à une lésion nerveuse généralement traumatique ou à une affection organique). — Invalidité globale évaluée d'après l'invalidité organique augmentée, s'il y a lieu, d'un taux supplémentaire de 10.
- Syndromes combinés à des symptômes psychopathiques ou réflexes (impotences fonctionnelles spéciales avec petits symptômes secondaires de nature relaxe, vaso-motrice ou trophique):
- Cas persistants. — Invalidité évaluée par analogie avec une impotence similiaire d'origine organique (indivisible par exemple); mais au taux minimum de cette impotence similiaire.

Reliquat plus ou moins défini de symptômes psychopathiques. — Invalidité évaluée par analogie avec une impotence similiaire d'origine organique.

Syndromes pithiatiques associés à des troubles mentaux:

Combinés à des symptômes psychiques eux-mêmes indiscutablement de nature pithiatique (constitution mentale pithiatique, désor-

ders mentaux de pure suggestibilité)..... 0

Associés à un état psychopathique légitime (folie périodique, démence précoce incipiente, etc., etc.). — Invalidité globale évaluée d'après l'invalidité de l'état psychopathique légitime. (Voir psychoses.)

D. — SYNDROMES MOTEURS FONCTIONNELS

Ne trouvant pas place dans les catégories précédentes d'états névropathiques: tics, spasmes (torticollis, etc.), tremblements:

A base organique certains ou probable (spasmes, tremblements commotionnels, viciété ou postencéphaliques, etc.). (Voir paragraphe spécial.)

Sans base organique discernable.... 0 à 40

XV. — MALADIES MENTALES

Dans l'évaluation d'une incapacité fonctionnelle provoquée par un état psychopathique, les experts devront tenir compte:

- 1° Des troubles constitutionnels du fond mental, dont l'origine congénitale ne saurait être imputée au service militaire;
- 2° Des troubles conditionnés par l'involution senile ou sénile laquelle est plus ou moins tardive suivant les sujets mais peut, chez certains, être particulièrement précoce (artrériopathiques, hyperlipidiques et sclérotiques, hérédo-syphilitiques, etc.). Ces troubles sont le fait de l'individu et non du service;
- 3° De la perte totale ou partielle de l'adaptabilité sociale. Les affections mentales ont, en effet, une répercussion fréquente et importante sur la sociabilité du malade, sur son humeur, sur ses réactions vis-à-vis de l'environnement, sur son aptitude à la vie collective, au travail en commun et aux rapports avec le milieu extérieur.

A. — ETATS D'INSUFFISANCE ET D'INTEGRIÉTÉ MENTALES

1° Etats d'arrêtation intellectuelle, d'insuffisance psychique congénitale, de débilité mentale.

Etats dans lesquels les facultés intellectuelles sont congénitalement ou par suite de lésions remontant à l'enfance, inférieures dans leur ensemble à celles d'un sujet normal du même âge. Non susceptibles d'indemnisation, ces états étant par définition irréversibles au service militaire et les sujets atteints ne devant pas être soumis à l'incorporation lorsque leur état entraîne une diminution importante de la capacité fonctionnelle normale.

Les arriérés se distinguent en: arriérés nés, par lésions cérébrales primitives à la naissance, et arriérés secondaires, par lésions causées de la naissance (au cours de l'accouchement) ou postérieures à celle-ci (trésorénocephalite de l'enfance, encéphalite épidémique, dystrophies d'origine endocrinienne).

Suivant d'autre part, le degré de son infériorité l'arriéré sera rangé dans la catégorie des débilés, des imbécilles ou des idiots.

I. — Le débile simple est un arriéré intellectuel dont le niveau nettement inférieur à la normale peut être néanmoins compatible avec le service militaire ainsi que la possibilité d'un métier suffisamment rémunérateur. Le débilité mentale simple n'est pas à indemniser, mais seulement les psychoses qui lui sont surajoutées et évoluent sur son terrain.

Le grand débile, constitutionnellement inapte à tout service militaire, se rapproche de l'imbécille, sans toutefois se confondre entièrement avec celui-ci.

II. — L'imbécille est un arriéré à intelligence rudimentaire, capable de parler mais non d'écrire, habituellement propre, incapable de gagner sa vie, mais susceptible de menus travaux ménagers ou manouvriers.

III. — L'idiot est un agénésique intellectuel, généralement difforme, géleux, privé de parole, de mobilité et de préhension correctes. L'idiotisme, au contraire, ne normal n'est point difforme; ce n'est qu'après un temps plus ou moins long de vie normale que son développement intellectuel a été définitivement entravé et que même ses facultés natives

ou ses acquisitions mentales ont subi une régression (démence infantile ou prépubérale) à la suite des troubles cérébraux primitifs ou secondaires dont il a été atteint. Le niveau intellectuel ne permet aucun rendement fonctionnel.

IV. — Les dystrophiques endocriniens, par crétinisme, myxoedème infantile, mongolisme, etc., doivent être assimilés pour leur infériorité fonctionnelle aux arriérés ordinaires et rangés suivant leur niveau intellectuel parmi les débilés, les imbéciles ou les idiots.

Par contre, les troubles mentaux de l'adulte par auto-intoxication endocrinienne (myxoedème de l'adulte, cachexie pachydermique, auto-intoxication hépatique ou rénale, syndromes hypophysaires ou surrénaux, diabète, urémie, etc.) seront appréciés aux chapitres soit de la confusion mentale, soit de la démence.

**2° Etats de déséquilibre psychique, de dégénérescence mentale simple, constitutions mentales pathologiques.**

Constitution hyperémotive, avec syndromes scrupuleux obsessionnels, phobiques, inquiets, anxieux; constitutions cyclothymique, mythomane, perverse, hystérique, schizoïde, paranoïaque; psychasthénie et hypocondrie constitutionnelles; folie morale, etc., non imputable, sauf dans les cas où les troubles sont aggravés par une cause nettement dépendante du service, à la suite de traumatisme (psychonévroses post-traumatiques) ou d'infection cérébro-méningée (séqueilles de méningite, de méningo-encéphalite, d'encéphalite épidémique, etc.). Par exemple:

Etats de dépression mentale simple, d'hypocondrie, de cépéstopathie sans délire ni affaiblissement intellectuel ..... 10 à 30  
Etats obsessionnels, phobiques, anxieux, psychonévroses émotives acquises:

- a) Ne gênant que modérément l'adaptation sociale ..... 20 à 40
- b) Entravant plus ou moins complètement l'adaptation sociale ..... 60 à 80
- c) Nécessitant l'internement dans un asile d'aliénés, durant le cours de l'internement ..... 100

**Etats d'origine encéphalitique:**

- a) Avec bradypsycho manifeste... 40 à 60
- b) Avec bradypsycho accentué et parkinsonisme franc ..... 80 à 100
- c) Avec troubles marqués du caractère, perversions acquises, sans parkinsonisme franc, troubles modérés avec conservation relative de l'adaptabilité sociale ..... 10 à 30
- Troubles graves entravant l'adaptabilité sociale mais ne nécessitant pas l'internement ..... 40 à 60
- Troubles nécessitant l'internement ou exigeant une surveillance médicale continue ..... 80 à 100

**B. — MALADIES PSYCHIQUES. — PSYCHOSES**

**1° Manie, mélancolie, psychoses périodiques, folles intermittentes.**

En principe à ne pas imputer au service, ces psychoses étant essentiellement de nature constitutionnelle, et ce de manière évidente lorsqu'un ou plusieurs accès se sont manifestés antérieurement à l'incorporation.

La psychose périodique est une affection mentale d'origine constitutionnelle (constitution cyclothymique) qui évolue généralement par accès récidivants, soit de manie, soit de mélancolie, eux-mêmes isolés, identiques ou alternes, ou bien se succédant l'un à l'autre dans les formes circulaires, continues ou non, l'apparition du premier accès ayant fréquemment lieu vers la vingtième année.

L'intensité des accès est extrêmement variable. La manie peut aller de la simple exaltation psychomotrice avec exubérance, irritabilité, troubles plus ou moins marqués de l'humeur et du caractère, mais sans incohérence ni délire, jusqu'à l'état de fureur avec agitation presque continue de jour et de nuit, cris, chants, déclamations, dénudations, ambulatoires incessants, discours décousus et inarrissables, idées délirantes (mégalo-mantiques ou autres), violence, bris et lacérations de toutes sortes, gâilisme, barbouillage, etc.

La mélancolie comporte de même des degrés très divers:

- a) Etat lucide de tristesse et d'abattement sans délire ni affaiblissement intellectuel mais avec inertie plus ou moins accusée, sentiment d'inhibition, conscience des modifications survenues dans le domaine de l'activité psychomotrice et douleur morale consécutive;
- b) Délire mélancolique avec prostration, anxiété, idées d'autodépréciation, d'indignité, de culpabilité, d'auto-accusation, de ruine, de perdition, d'hypocondrie, etc.;
- c) Stupéur complet avec mutisme absolu, refus d'aliments, gâtisme;
- d) Syndrome de Colard avec idées de négation, d'énormité, d'immortalité, de damnation, de possession, etc.

La durée des accès maniaques ou mélancoliques est parallèlement variable, de quelques jours à plusieurs années, deux à quatre mois en moyenne. L'intégrité des facultés est généralement constatée après la guérison de l'accès, même s'il a duré plusieurs années.

La répétition des accès qui est la règle peut être fréquente (accès annuels) ou rare (un seul accès dans tout le cours de la vie). La répétition fréquente entraîne souvent une aggravation progressive des accès, d'intensité plus accusée et de durée plus prolongée et peut aboutir à une forme chronique.

L'intervalle des accès, tantôt court (quelques semaines), tantôt très étendu (vingt-cinq ans et plus), parfois nul (formes circulaires continues) peut s'accompagner d'une lucidité parfaite, d'un équilibre mental complet, ou au contraire de troubles plus ou moins graves de l'humeur et du caractère. Le pronostic de l'accès habituellement favorable (curabilité presque certaine surtout pour les maniaques même après une durée de plusieurs années) comporte donc quelques réserves en raison de la durée parfois très longue de la chronicité possible, voire même d'un affaiblissement terminal des facultés intellectuelles.

En principe la folie intermittente, psychose constitutionnelle, n'est pas imputable au service. Toutefois, dans les cas exceptionnels où il y aura lieu d'envisager l'imputabilité, il conviendra:

1° De ne statuer qu'après une observation suffisante, au besoin prolongée et si l'expert le juge nécessaire, dans un établissement médical approprié;

2° De ne pas allouer une pension définitive avant quatre années écoulées au minimum.

Pour l'indemnisation temporaire on se basera sur le barème suivant, en demandant la révision de chaque cas tous les six mois à fin d'appréciation de l'état mental qui peut être du jour au lendemain modifié:

Durant l'accès: l'indemnisation temporaire allouée pour folie intermittente doit être basée sur l'importance de l'invalidité, la fréquence, l'intensité et la durée des accès... 30 à 100  
Dans l'intervalle des accès..... 0 à 20

Pour l'indemnisation définitive, l'évaluation de l'incapacité fonctionnelle sera la suivante:

- Troubles cycliques accusés de l'humeur et du caractère ressortissant nettement à la psychose périodique mais sans accès francs maniaque-dépressifs ..... 0 à 20
- Etats intermittents maniaques ou mélancoliques laissant un intervalle sain de plus de six mois par an... 30 à 60
- Accès ne laissant d'intervalle sain que durant moins de six mois par an. 60 à 80
- Accès circulaires continus ou formes chroniques ..... 100

**2° Psychoses systématisées.**

Hallucinatoires, interprétatives, imaginaires, raisonnantes, post-oniriques, discordantes ou schizoïdes, paranoïdes, etc.

Ces psychoses seront rarement imputables au service. Elles constituent par excellence le groupe des psychoses dites dégénératives où l'hérédité et la constitution mentale jouent le rôle prépondérant et parfois unique.

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

- a) Psychoses avec conservation de l'activité sociale ..... 10 à 30
- b) Psychoses entravant manifestement le fonctionnement logique et l'activité soit par l'évidence des troubles, soit par leur retentissement sur la sociabilité du malade..... 60 à 80

c) Psychoses nécessitant l'internement ou tout au moins un traitement continu sous une direction médicale appropriée ..... 100

Comme pour les psychoses précédentes (folles intermittentes) il n'y aura pas lieu d'allouer de pension définitive avant un délai minimum de 4 années écoulées.

**3° Psychoses confusionnelles.**

La confusion mentale aigüe est un syndrome généralement lié à une intoxication — exo ou endogène — ou une toxo-infection, mais elle peut aussi se développer après un traumatisme, une commotion cérébrale, une insolation, etc., ou compliquer à titre d'accompagnement accessoire une affection mentale (manie ou mélancolie par exemple) ou organo-cérébrale, notamment après un leucé.

Elle se caractérise essentiellement au point de vue mental par la confusion des idées, la défaillance de l'attention, l'indécision des actes volontaires, troubles relevant de l'entrave apportée au jeu normal des facultés psychiques et aboutissant à l'imprécision des images sensorielles, à la dissociation des souvenirs et à l'automalisme des centres, d'où l'aspect étonné, égaré, et ahuri du sujet, son incompréhension manifeste, l'incohérence de ses propos, la fréquence des illusions et des hallucinations, l'impulsivité des réactions. Elle s'accompagne fréquemment:

- a) d'un délire dit onirique, avec illusions et hallucinations à prédominance visuelle, généralement pénibles et même terrifiantes;
- b) D'un cortège somatique traduisant l'oppression ou l'intoxication de l'organisme.

Ses types cliniques sont nombreux et assez différents les uns des autres, sans toutefois que l'on puisse attribuer à l'un quelconque d'entre eux une pathogénie univoque. L'on peut ainsi observer:

Tantôt des formes d'agitation, soit anxieuse et pantopliobique, soit méningitique (délire aigu).

Tantôt des formes d'inertie motrice et intellectuelle, avec ou sans délire (confusion mentale asthénique ou dépressive simple) et parfois sans aucune émotion apparente: états d'obnubilation, d'hébétéude, d'obvulsion, de torpeur, de stupéfaction.

La confusion mentale peut laisser après elle des séqueilles mentales, des idées fixes, susceptibles elles-mêmes d'évoluer ultérieurement pour leur propre compte (délires systématisés post-oniriques) ou passer à la chronicité.

Il ne sera statué sur les psychoses confusionnelles qu'après une observation suffisante au besoin prolongée et si l'expert le juge nécessaire dans un établissement médical approprié. On éliminera d'une façon absolue les psychoses confusionnelles par intoxication volontaire (alcool, éther, stupéfiants, etc...)

L'évaluation de l'invalidité fonctionnelle sera la suivante:

- Séqueilles. Dysmnésie de fixation sans affaiblissement intellectuel véritable (V. en ce cas démence); intelligibilité psychique, amoindrissement de l'attention et de la capacité fonctionnelle, asthénie persistante, diminution de l'effort volontaire;
- Avec possibilité d'activité productive et sociabilité relative ..... 20 à 45
- Avec impossibilité d'activité productive stable et atteinte plus accusée de la sociabilité ..... 50 à 80
- Délires systématisés post-oniriques. (Voir psychoses systématisées) ...
- Confusion mentale chronique à type de pseudo-démence, psychoses polynévritiques chroniques (troubles neurologiques compris (V. polynévrites) ..... 80 à 100

**4° Démences.**

Le terme de démence n'est pas pris dans le même sens par les juristes et par les psychiatres. Les premiers lui donnent souvent l'acceptation trop étendue du vulgaire, celle d'aliéné. Les psychiatres limitent au contraire celle-ci à l'affaiblissement progressif et définitif des facultés mentales, c'est-à-dire de la mémoire, du jugement, de la puissance de compréhension et d'association idéative, de l'activité, de la moralité, de l'activité volontaire, etc... La démence peut être très prononcée ou au

contraire modérée, globale ou partielle, plus exactement défective (démences affectives, paralytiques, etc...) primitive ou secondaire, déterminée par d'évidentes lésions macroscopiques (anciennes démences organiques) ou considérée uniquement par des lésions histologiques de l'écorce (anciennes démences vasculaires, démences hémiphrénocatalitiques ou paranoïdes); elle est toujours, par sa définition même, chronique, incurable et irréductible.

Cliniquement elle peut revêtir les aspects les plus variés: simple, agité, apathique, délirant, incohérent, paraphrastique, paralytique, etc., et succéder ou non à une phase psychotique, confusionnelle ou systématisée. Son étiologie est pareillement très diverse.

En principe doivent être éliminées, comme non indemnifiables les démences dites précoces (démences généralement considérées comme de nature dégénérative et d'origine constitutionnelle) les démences séniles, artériopathiques, alcooliques, syphilitiques; ne sont indemnifiables que les démences traumatiques, toxiques ou infectieuses dont la cause est nettement imputable au service. Il faut que les circonstances du service permettent d'admettre qu'il y a eu surmenage exceptionnel, blessure, infection, traumatisme.

Dans les cas de traumatisme, on tiendra compte de l'importance du traumatisme et de sa localisation.

Etat de schizophrénie sans démence véritable, pseudo-démence avec diminution de l'activité et de la capacité pragmatique..... 20 à 55

Démence incomplète. Affaiblissement simple des facultés mentales, notamment de l'attention et de l'activité; états d'indifférence sans perte profonde de la mémoire et avec conservation partielle de la capacité fonctionnelle..... 60 à 80

Démence complète. Affaiblissement prononcé et global des facultés mentales avec ou sans gâtisme, et toutes manifestations ou complications comprises..... 100

L'article 10 ne peut qu'exceptionnellement être appliqué aux aliénés, que l'on ne saurait entièrement assimiler aux mutilés pour lesquels il a été institué, conscients de leurs troubles et de leurs besoins. Il est tout à fait exceptionnel, en effet, qu'un malade que son aliénation rend incapable de se mouvoir, de se soulever ou d'accomplir les actes essentiels à la vie, réclame lui-même son hospitalisation au titre de l'article 10; c'est la plus souvent la famille ou l'entourage qui doivent la solliciter.

D'autre part, au cas où, vivant chez lui, l'aliéné présenterait un état mental l'obligeant à recourir d'une manière constante aux soins d'une tierce personne, le contrôle des soins demandés par cette tierce personne, serait impossible pour un dément ou un confus plus ou moins gâté qui risquerait ainsi d'être exploités et ne saurait se plaindre des privations dont il serait victime.

Lorsqu'il y aura lieu d'envisager l'article 10, il est donc expressément recommandé, dans l'intérêt même du malade, de recourir chaque fois que faire se peut à son hospitalisation dans un établissement d'assistance approprié, par exemple dans un service ouvert spécialisé d'hôpital ou d'hospice psychiatrique, au besoin à son internement volontaire dans un asile, plutôt qu'à l'octroi d'une allocation spéciale destinée à la rémunération d'une tierce personne.

C. — PARALYSIE GÉNÉRALE

Il est démontré que l'existence de la syphilis ne justifie pas à elle seule l'apparition de la paralysie générale et que des causes multiples peuvent être légitimement invoquées pour expliquer le nombre relativement très faible des cas de paralysie générale, eu égard au nombre total des syphilitiques. Certaines circonstances de guerre, sans parler du traumatisme crânien et de ses conséquences congestives, peuvent ainsi agir, non seulement comme les agents révélateurs d'un état antérieur en voie d'évolution, mais également comme l'élément indispensable du déclenchement d'une maladie qui n'existait pas jusque-là. En ce qui concerne l'imputabilité au service, il faut que les circonstances du service permettent d'admettre qu'il y a eu surmenage

exceptionnel, blessure, infection surajoutée, traumatisme, etc. En particulier dans le cas de traumatisme on tiendra compte de son importance et de sa localisation.

La paralysie générale peut être progressive ou régressive.

- a) Paralysie générale avec conservation d'une certaine activité sociale..... 40 à 60
- b) Paralysie générale confirmée par l'examen clinique et biologique avec dément, incapacité de travail (internement ou surveillance dans la famille)..... 100
- c) Paralysie générale, en cas de rémission ou de régression spontanée ou thérapeutique avec reprise partielle de l'activité sociale..... 40 à 60

INSTRUCTION

pour l'application de la loi du 23 mars 1929 portant relèvement du taux des suppléments temporaires des pensions allouées aux victimes de la guerre.

Paris, le 25 mars 1929.

Article 1er.

OBJET DE LA LOI

La loi du 23 mars 1929 abrogeant les articles 80 et 82 de la loi de finances du 30 décembre 1928, a pour objet de porter à partir du 1er janvier 1929 au taux de 140 p. 100 les suppléments alloués par les articles 194 et 105 de la loi de finances du 13 juillet 1925.

Ces suppléments sont calculés, comme précédemment, d'après la pension accordée par la loi du 31 mars 1919 au soldat ou à ses ayants cause, compte tenu pour les veuves et orphelins du relèvement du taux de base des pensions prévu par l'article 78 de la loi de finances du 30 décembre 1928, lequel a fait l'objet du Titre III de l'Instruction no 0353/Ad du 6 février 1929.

Les nouveaux taux se substituent à dater du 1er janvier 1929 aux taux fixés par les articles 71 et 73 de la loi de finances du 27 décembre 1927.

Article 2.

RÈGLES DE CUMUL

Comme dans les lois précédentes (loi du 13 juillet 1925, loi du 16 juillet 1927, loi du 27 décembre 1927), les suppléments aux pensions d'invalidité, aux pensions de veuves et aux pensions d'ascendants ne peuvent se cumuler entre eux. Il appartient aux intéressés de réclamer la majoration qui leur est la plus avantageuse et aux Intendants départementaux des pensions de vérifier, lors de la délivrance des titres d'allocation provisoire d'attente, que les intéressés ne perçoivent pas de majoration au titre de plusieurs pensions. Il est fait remarquer tout spécialement que, jusqu'au 1er janvier 1929, le supplément alloué à la veuve d'un soldat et à une ascendante veuve était le même. Il n'en sera plus ainsi à dater du 1er janvier 1929 en raison du relèvement du taux de base des pensions de veuve. Les veuves non remarquées bénéficiaires à la fois d'une pension de veuve et d'une pension d'ascendant auront donc tout intérêt à réclamer le supplément sur la pension de veuve si elles percevaient avant le 1er janvier 1929 ledit supplément sur leur pension d'ascendant.

Les suppléments aux pensions d'invalidité se cumulent avec les allocations aux grands invalides.

Les suppléments spéciaux de majorations d'enfants de la loi du 31 mars 1919 se cumulent avec les majorations spéciales attribuées aux grands invalides, en application des lois des 31 décembre 1921, 19 décembre 1926 et 27 décembre 1927. Ils se cumulent par ailleurs avec les suppléments de majorations pour enfants accordés aux veuves et orphelins par la loi du 15 juillet 1923 (200 fr.) et l'article 74 de la loi du 27 décembre 1927 (408 fr.).

Article 3.

BÉNÉFICIAIRES

Les bénéficiaires de la loi du 23 mars 1929 sont:

1° Les ayants droit à pension ou allocation de la loi du 31 mars 1919, qu'il s'agisse de pensions attribuées pour infirmités ou décès imputables à la guerre 1914-1918 ou à un service accompli postérieurement au 23 octobre 1919, que la pension initiale ait été concédée au taux du grade ou qu'il s'agisse d'une pension mixte attribuée en exécution des articles 59 ou 60 de la loi du 31 mars 1919 et de l'article 54 de la loi du 11 avril 1924.

Les bénéficiaires de la pension minima prévue par les derniers alinéas des articles 77 et 50 de la loi du 11 avril 1924 n'ont pas droit aux nouveaux suppléments en ce qui concerne le principal de leur pension. Dans le cas où ils estimeraient qu'ils peuvent prétendre à une pension supérieure, soit en application des articles 9 ou 59 de la loi du 31 mars 1919 (invalides), soit en application des articles 19 du la loi du 31 mars 1919 et 51 de la loi du 11 avril 1924 (veuves et orphelins), y compris le supplément de pension d'invalidité auquel ils ont droit, ils pourront présenter une nouvelle option qui sera adressée:

a) Au 3<sup>e</sup> bureau de la direction de la liquidation des pensions s'il s'agit de militaires de carrière;

b) Au 2<sup>e</sup> bureau de la direction de la liquidation des pensions s'il s'agit d'ayants cause de militaires de carrière;

c) Au 3<sup>e</sup> bureau de la direction de la liquidation des pensions (division de la marine), s'il s'agit de marins de carrière ou de leurs ayants cause.

Dans le cas où cette nouvelle option ne leur serait pas favorable, les intéressés bénéficieront des suppléments de majorations d'enfants alloués à la catégorie à laquelle ils appartiennent.

Les suppléments sont applicables aux bénéficiaires de pensions attribuées au titre de l'article 73 de la loi du 31 mars 1919.

Ils sont également applicables aux parts de pension acquises au titre de l'article 78 de la loi du 31 mars 1919 sous la réserve et après concernant les orphelins dont une partie de la pension provient de la réversion de la part de pension de leur mère remarquée. Dans ce cas, la pension de l'orphelin comprend deux parts, l'une qui lui a été attribuée par suite de son droit direct, l'autre par suite du mariage de sa mère. Conformément aux dispositions de l'article 79 de la loi du 30 décembre 1928 cette dernière part doit être calculée sur les tarifs de base de pension de veuve de la loi du 31 mars 1919; elle ne doit pas, par voie de conséquence, être affectée du coefficient de rajustement.

Les suppléments ne sont pas applicables aux militaires et marins indigènes des colonies ainsi qu'à leurs ayants cause. Ces derniers ne bénéficient pas en effet des tarifs de la loi du 31 mars 1919, mais des tarifs spéciaux prévus par les décrets des 2 septembre 1920 et 17 février 1922, lesquels d'ailleurs vont être modifiés;

2° Les militaires et marins en activité de service ayant droit à pension d'invalidité au taux de soldat en exécution de l'article 2 de la loi du 30 avril 1920;

3° Les victimes civiles de la guerre et leurs ayants cause ayant droit à pension ou à allocation de la loi du 21 juin 1919;

4° Les Alsaciens et les Lorrains ayant droit à pension au titre de la loi du 17 avril 1923, les Alsaciens et les Lorrains bénéficiaires de pensions en exécution des articles 23 et 24 de la loi du 31 mars 1921 et de la loi du 22 juin 1927, les Alsaciens et les Lorrains bénéficiaires de pensions au titre de la loi du 23 mars 1928.

A ceux appartenant à cette dernière catégorie et percevant des émoluments d'attente par les soins du service des finances de Strasbourg (voir article 11 de l'Instruction no 0356/Ad du 6 juillet 1923), application sera faite des suppléments nouveaux par les soins du même service des finances de Strasbourg;

5° Les titulaires de pension de la loi du 23 juin 1927, les titulaires de pension pour infirmités ou pour décès acquis au titre des lois des 11 et 18 avril 1931 et 18 juillet 1923 et qui ne seront pas encore transférés en pension de la loi du 31 mars 1919 en application de la loi du 23 juin 1927 (article 1<sup>er</sup>).

4° Les titulaires de gratification de réforme dont la gratification n'aurait pas encore été convertie en pension de la loi du 31 mars 1919, en application de la loi du 22 juin 1927.

Les Intendants des pensions et tout spécialement ceux du Maroc, ne devront établir le premier mandat de gratification à échoir qu'après s'être assurés que les intéressés ont produit leur demande en application de l'instruction n° 0288/Ad du 17 août 1927; dans la négative le mandat ne sera adressé à l'intéressé qu'après réception de ladite demande. Il importe en effet de régulariser au plus tôt

la situation des intéressés encore placés sous un régime d'indemnisation abrogé.

Nota. — Comme lors de l'application des lois de rajustement précédentes (13 juillet 1925, 16 juillet 1927, 27 décembre 1927) les veuves remariées et les orphelins tenant leur droit à pension du remariage de leur mère n'ont pas droit au supplément alloué à la pension principale. Ces catégories n'ont pas droit non plus au relèvement du taux de base de leur pension et se trouvent, de ce fait, limitativement énumérées à l'article 12 de l'instruction n° 0353/Ad du 6 février 1929.

Par contre les majorations pour enfants allouées aux intéressés bénéficient du nouveau supplément.

Article 4.

TAUX DES NOUVEAUX SUPPLÉMENTS

Le tableau ci-après donne, d'une part, le montant annuel des taux de pension et de majoration au 1<sup>er</sup> janvier 1929 et d'autre part les taux (annuel et trimestriel) des nouveaux suppléments de pension et de majoration. Les taux de pension sont ceux alloués à un soldat et à ses ayants cause.

DÉSIGNATION DES CATEGORIES DE PENSIONNES	TAUX de la loi du 31 mars 1919 (taux de soldat).		MONTANT DU SUPPLÉMENT à partir du 1 <sup>er</sup> janvier 1929 (quel que soit le grade).		MONTANT des Majorations pour enfants (taux initial de la loi du 31 mars 1919) (quel que soit le grade).		MONTANT DU SUPPLÉMENT des majorations pour enfants à dater du 1 <sup>er</sup> janvier 1929 (quel que soit le grade).	
	francs.	fr. c.	Montant		francs.	Montant		
			annuel.	trimestriel.		annuel.	trimestriel.	
<b>Invalides à :</b>								
100 p. 100, plus art. 10; plus 10 degrés, art. 12.	4.250	5.950	1.487 50		800	420	105	
100 p. 100, plus art. 10; plus 9 degrés, art. 12.	4.125	5.775	1.443 75		800	420	105	
100 p. 100, plus art. 10; plus 8 degrés, art. 12.	4.000	5.600	1.400		800	420	105	
100 p. 100, plus art. 10; plus 7 degrés, art. 12.	3.875	5.425	1.356 25		800	420	105	
100 p. 100, plus art. 10; plus 6 degrés, art. 12.	3.750	5.250	1.312 50		800	420	105	
100 p. 100, plus art. 10; plus 5 degrés, art. 12.	3.625	5.075	1.268 75		800	420	105	
100 p. 100, plus art. 10; plus 4 degrés, art. 12.	3.500	4.900	1.225		800	420	105	
100 p. 100, plus 10 degrés, art. 12.	3.400	4.760	1.190		800	420	105	
100 p. 100, plus art. 10; plus 3 degrés, art. 12.	3.375	4.725	1.181 25		800	420	105	
100 p. 100, plus 9 degrés, art. 12.	3.300	4.620	1.155		800	420	105	
100 p. 100, plus art. 10; plus 2 degrés, art. 12.	3.250	4.550	1.137 50		800	420	105	
100 p. 100, plus 8 degrés, art. 12.	3.200	4.480	1.120		800	420	105	
100 p. 100, plus art. 10; plus 1 degré, art. 12.	3.125	4.375	1.093 75		800	420	105	
100 p. 100, plus 7 degrés, art. 12.	3.100	4.310	1.085		800	420	105	
100 p. 100, plus 6 degrés, art. 12.	3.000	4.200	1.050		800	420	105	
100 p. 100, plus art. 10.	3.000	4.200	1.050		800	420	105	
100 p. 100, plus 5 degrés, art. 12.	2.900	4.060	1.015		800	420	105	
100 p. 100, plus 4 degrés, art. 12.	2.800	3.920	980		800	420	105	
100 p. 100, plus 3 degrés, art. 12.	2.700	3.780	945		800	420	105	
100 p. 100, plus 2 degrés, art. 12.	2.600	3.640	910		800	420	105	
100 p. 100, plus 1 degré, art. 12.	2.500	3.500	875		800	420	105	
100 p. 100.	2.400	3.360	840		800	420	105	
95 p. 100.	2.280	3.192	798		285	399	99 75	
90 p. 100.	2.160	3.024	756		270	378	94 50	
85 p. 100.	2.040	2.856	714		255	357	89 25	
80 p. 100.	1.920	2.688	672		240	336	84	
75 p. 100.	1.800	2.520	630		225	315	78 75	
70 p. 100.	1.680	2.352	588		210	294	73 50	
65 p. 100.	1.560	2.184	546		195	273	68 25	
60 p. 100.	1.440	2.016	504		180	252	63	
55 p. 100.	1.320	1.848	462		165	231	57 75	
50 p. 100.	1.200	1.680	420		150	210	52 50	
45 p. 100.	1.080	1.512	378		135	189	47 25	
40 p. 100.	960	1.344	336		120	168	42	
35 p. 100.	840	1.176	294		105	147	36 75	
30 p. 100.	720	1.008	252		90	126	31 50	
25 p. 100.	600	840	210		75	105	26 25	
20 p. 100.	480	672	168		60	84	21	
15 p. 100.	360	504	126		45	63	15 75	
10 p. 100.	240	336	84		30	42	10 50	
<b>Veuves.</b>								
Veuves non remariées et orphelins tenant leur droit à pension d'une cause autre que le remariage de leur mère ayant droit à pension au taux exceptionnel.	4.000	4.400	850	(1)	500	(2)	528	132
Veuves non remariées et orphelins tenant leur droit à pension d'une cause autre que le remariage de leur mère ayant droit à pension au taux de reversion.	650	910	227 50	(1)	500	(2)	528	132
<b>Ascendants.</b>								
Mère veuve, divorcée non mariée, séparée de corps, ascendants conjoints.	800	4.120	280		400	(3)	140	35
Mère remariée, père.	400	660	140		400	(3)	140	35
Grand-mère veuve, divorcée ou séparée de corps, grand-mère ou grand-père vivant conjointement.	600	840	210		400	(3)	140	35
Grand-mère mariée, grand-père.	800	420	105		400	(3)	140	35

(1) Y compris les 200 fr. de supplément alloués par la loi du 15 juillet 1922.  
 (2) Y compris les 108 fr. alloués par l'article 74 de la loi de finances du 27 décembre 1927.  
 (3) Ces suppléments sont attribués dans les mêmes conditions que les majorations et partagés par moitié entre les ascendants vivant séparément lorsque les majorations ont elles-mêmes été partagées entre les ascendants.

## Article 5.

## RÈGLES GÉNÉRALES

Les nouveaux suppléments sont attribués à dater du 1<sup>er</sup> janvier 1929 si le droit à pension n'est pas postérieur à cette date; dans le cas contraire, à dater du point de départ de la pension. Ils sont décomptés à raison de trente jours par mois.

Ils ne sont servis que jusqu'à la date d'expiration de la pension ou de la majoration à laquelle ils se rattachent. Les suppléments dus au titre d'une pension temporaire sont renouvelés, modifiés ou supprimés, selon les décisions prises en ce qui concerne la pension elle-même.

Ils sont attribués sauf déduction des sommes ayant pu être perçues à dater du 1<sup>er</sup> janvier 1929 au titre des suppléments alloués en exécution des articles 71 et 72 de la loi du 27 décembre 1927.

Les règles prévues aux 7<sup>e</sup>, 8<sup>e</sup>, 9<sup>e</sup>, 10<sup>e</sup> alinéas de l'article 3 de l'instruction n° 0150/Ad et aux 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> alinéas de l'article 5 de l'instruction n° 0283/Ad sont applicables aux nouveaux suppléments.

## Article 6.

## MODE D'ATTRIBUTION DES SUPPLÉMENTS

En règle générale, l'attribution des nouveaux suppléments et le paiement des rappels dus sur tous titres de pension ou de majoration pour enfant concédés (dont la validité est expresse ou non) sont attribués par les soins de l'administration des finances.

Les intendants militaires n'ont, en principe, pas à intervenir. Mais ils doivent fournir sans délai aux trésoriers-payeurs généraux les renseignements qui peuvent leur être demandés dans certains cas particuliers en vue de déterminer les droits des intéressés.

Les suppléments dus aux bénéficiaires de l'allocation d'attente et aux titulaires de gratification de réforme non encore en possession d'un titre de pension en application de la loi du 22 juin 1927, sont attribués par les intendants départementaux des pensions suivant les règles ci-après:

## A. — Bénéficiaires d'un titre d'allocation d'attente.

Dans ce qui suit, il est admis que, pour l'établissement des titres d'allocation provisoire d'attente dont le point de départ est antérieur au 1<sup>er</sup> janvier 1929, il a été fait application des règles fixées par l'instruction n° 0303/Ad et, par suite, que ces titres d'allocation d'attente sont établis sur les taux fixés par l'article 71 de la loi du 27 décembre 1927. Si exceptionnellement il n'en était pas ainsi, la régularisation de la situation des intéressés au titre de cette dernière loi devrait être faite en même temps que celle résultant de l'application de la loi du 23 mars 1929.

Les titres d'allocation provisoire d'attente seront échangés contre des titres aux nouveaux taux sur le vu d'une déclaration des intéressés. Les modèles de déclaration à fournir seront ceux annexés à l'instruction n° 0283/Ad du 27 juillet 1927 dont les modifications en ce qui concerne les dates « loi du 23 mars 1929 », au lieu de « loi du 16 juillet 1927 », « 31 décembre 1928 », au lieu de « 31 juillet 1928 ». La déclaration modèle n° 1 ne contiendra pas les renseignements concernant l'allocation aux grands invalides et l'indemnité de soins. A la demande sera joint le titre d'allocation provisoire d'attente dont le titulaire aura dû percevoir au préalable tous les coupons échus. Dans le cas où les titulaires de titres d'allocation provisoire d'attente ne demanderaient pas l'échange de leur titre, les rappels dus seront payés sur la feuille de décompte lors de la réception du certificat d'inscription de la pension.

En cas de demande d'échange de titre, il sera procédé, suivant les règles habituelles, à l'annulation du titre en cours de paiement, puis à l'établissement d'un nouveau titre mentionnant distinctement:

a) Le montant annuel de l'allocation provisoire d'attente (taux de la loi du 31 mars 1919 au 1<sup>er</sup> janvier 1929);

b) Le montant annuel des majorations (taux de la loi du 31 mars 1919);

c) Le montant annuel au nouveau taux du supplément de pension principale;

d) Le montant annuel au nouveau taux des suppléments de majoration;

e) Le montant annuel total de ces divers émoluments.

Le point de départ de ce titre et le premier coupon seront établis ainsi qu'il suit:

Premier cas. — Aucun bon de paiement payable en 1929 n'est encore échu à la date d'établissement du nouveau titre.

Si le titre d'allocation provisoire d'attente annulé a un point de départ antérieur au 1<sup>er</sup> janvier 1929, le premier bon de paiement aura pour point de départ le lendemain de la date de la dernière échéance payée. Il sera établi à deux taux:

Pour la période antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 1929, taux de la loi du 27 décembre 1927, pour la période postérieure au 31 décembre 1928, taux de la loi du 23 mars 1929. Le décompte est établi distinctement par période au verso du bon qui est arrêté au montant total des sommes dues.

Les autres bons de paiement sont à échéances de trois mois en trois mois et comprennent distinctement les sommes dues au titre des tarifs de base de la loi du 31 mars 1919 (tarifs applicables au 1<sup>er</sup> janvier 1929) et au titre des suppléments spéciaux. Ils sont arrêtés au total des sommes ainsi acquises aux intéressés.

Si le titre d'allocation provisoire d'attente a un point de départ postérieur au 31 décembre 1928, il s'agit simplement de remplacer un titre sur lequel rien n'a encore été perçu par un autre établi sur les nouveaux taux.

Deuxième cas. — Le ou les bons de paiement échus en 1929 ont été payés. Aucun autre bon n'est arrivé à échéance à la date d'établissement du nouveau titre.

Le premier bon de paiement du nouveau titre comprend le rappel dû depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1929 jusqu'au jour de la dernière échéance payée en 1929, le décompte en est effectué au verso.

Les autres bons sont établis ainsi qu'il est indiqué au paragraphe qui précède.

Troisième cas. — Un ou plusieurs bons de paiement échus en 1929 ont été payés. En outre un ou plusieurs nouveaux bons sont arrivés à échéance à la date d'établissement du nouveau titre.

Le premier bon du nouveau titre comprend distinctement:

a) Le rappel dû depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1929 jusqu'au jour de la dernière échéance payée postérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 1929 sur le titre d'allocation d'attente annulé;

b) Les sommes dues depuis la dernière échéance payée en 1929 compte tenu des nouveaux suppléments.

Le décompte des divers émoluments visés ci-dessus est mentionné distinctement au verso du bon qui est arrêté au total obtenu.

Les autres bons de paiement sont établis ainsi qu'il est indiqué plus haut dans les 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> cas.

Nota. — 1<sup>o</sup> Dans le cas où le titre d'allocation provisoire d'attente annulé a un point de départ postérieur au 1<sup>er</sup> janvier 1929 et fait suite à un titre de pension définitive ou temporaire expiré ou suspendu, ou à un titre de pension d'ascendant suspendu, le paiement des sommes dues, à titre de supplément du 1<sup>er</sup> janvier 1929 à la veille du point de départ du titre d'allocation provisoire d'attente, incombe aux agents des finances, les renseignements nécessaires à cet effet étant communiqués par les intendants, dans les conditions prévues à l'article 6 de l'instruction n° 0159/Ad du 21 juillet 1925;

2<sup>o</sup> En adressant à l'intéressé son nouveau titre d'allocation provisoire d'attente (deuxième et troisième cas), l'intendant avisera spécialement le bénéficiaire que le paiement du premier bon de ce titre ne pourra être exigé que dix jours, au plus tôt, après la date d'établissement dudit titre;

3<sup>o</sup> Pour les veuves et orphelins qui, ayant droit au supplément, sont obligatoirement bénéficiaires des nouveaux taux de base de pension de veuve, les rappels dus au titre de l'augmentation du supplément de base depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1929 seront payés dans les mêmes conditions que les rappels dus au titre du supplément de la pension (application des dispositions du paragraphe B de l'article 14 de l'instruction n° 0353/Ad du 6 février 1929);

## B. — Bénéficiaires d'une gratification de réforme qui n'a pas encore été transformée en pension.

Pour déterminer les droits des intéressés au nouveau supplément, les intendants feront application des règles prévues aux instructions des 21 juillet 1926 et 27 juillet 1927.

Deux hypothèses sont à envisager:

Aucun mandat de paiement n'a encore été établi en 1929. — Lors de la première échéance, le mandat de paiement sera établi sur deux taux si le trimestre de gratification englobe le 1<sup>er</sup> janvier 1929 et sur les nouveaux taux si le trimestre de gratification a pour point de départ le 1<sup>er</sup> janvier 1929.

Un mandat de paiement a déjà été établi en 1929. — Sur demande adressée par l'intéressé, le rappel dû depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1929 fera l'objet d'un mandat spécial de rappel si la prochaine échéance n'est pas postérieure de plus de quinze jours à la date d'établissement du mandat. Dans le cas contraire, le rappel est payé en même temps que le trimestre en cours, le mandat faisant ressortir distinctement le montant des sommes dues au titre du rappel et au titre du trimestre.

## C. — Application de la loi du 23 mars 1929 aux bénéficiaires de l'article 74 de la loi du 31 mars 1919.

1<sup>o</sup> Cas où il n'existe pas d'orphelins ayant une part de pension provenant de leur mère remariée.

Dans cette hypothèse, conformément aux dispositions de l'article 14 (3 K b) de l'instruction n° 0353/Ad du 6 février 1929, les parts de pension seront en totalité majorées, dans les conditions prévues audit article. Ces parts, ainsi majorées, seront affectées du supplément de 140 p. 100;

2<sup>o</sup> Cas où il existe des orphelins dont une part de la pension provient du remariage de leur mère.

Les parts de pension autres que celles de ces orphelins seront majorées et supplémentées dans les conditions prévues au paragraphe 1<sup>er</sup> qui précède.

Il y a lieu de déterminer, pour les orphelins, la part qui provient du remariage de leur mère. Si le dossier de pension familiale est encore à la section départementale des pensions, ce renseignement est obtenu au vu du procès-verbal de répartition de la pension.

Si le dossier a été adressé à l'administration centrale du ministère des pensions, il appartient à l'intendant des pensions de demander à l'autorité locale, qui a procédé au partage, copie du procès-verbal de répartition de la pension.

Quand le renseignement ci-dessus sera connu, le nouveau titre d'allocation provisoire d'attente établi en faveur des orphelins mentionnera distinctement la part attribuée à ces derniers à titre de droit propre et la part attribuée à titre de réversion de la part de leur mère remariée. La première de ces parts sera affectée du coefficient de relèvement du taux de base, la nouvelle part ainsi déterminée sera affectée du supplément de 140 p. 100. Quant à la part de pension provenant du remariage de leur mère, elle ne sera affectée d'aucun supplément. Le bon de rappel et les bons trimestriels du nouveau titre d'allocation provisoire d'attente devront faire ressortir distinctement ces opérations.

En raison des errements suivis jusqu'à ce jour, il a été décidé, d'accord avec le ministère des finances, que, pour les orphelins dont s'agit, leur feuille de décompte sera établie dans les conditions prévues par la circulaire n° 0277/Ad du 2 juin 1927. Les sommes perçues au titre des suppléments spéciaux sur la part de la pension provenant du remariage de la mère jusqu'au 1<sup>er</sup> avril 1929 leur resteront acquises si l'arrêté de la feuille de décompte fait ressortir un précompte et dans la mesure où ce précompte provient des errements susvisés.

Pour l'avenir, il y aura lieu d'opérer ainsi qu'il suit lorsqu'un nouveau partage sera fait à la suite du remariage d'une veuve (réversion sur la tête des enfants, circulaire n° 0247/Ad du 9 novembre 1928):

a) Les intéressés sont encore en possession de titres de pension ou de titres d'allocation

provisoire d'attente établis d'après les anciens taux de base.

Le nouveau partage qui ne s'étend qu'aux enfants issus du mariage du militaire décédé avec la veuve ultérieurement remariée devra indiquer la proportion de la part de la veuve qui revient à chaque enfant du fait de la réversion de la part de la mère. Le partage entier ayant été fait d'après les tarifs initiaux de la loi du 31 mars 1919, aucune difficulté n'est à prévoir.

Les intéressés seront mis en possession d'un nouveau titre d'allocation provisoire d'attente dont le point de départ sera fixé au lendemain de la dernière échéance payée sur le titre qu'ils possèdent et établi d'après les règles plus haut envisagées;

b) Les intéressés sont en possession d'un titre de pension ou d'un titre d'allocation provisoire d'attente établi d'après les nouveaux taux de base.

L'autorité locale établira la proportion de la part de pension de la veuve qui revient aux enfants. Cette part ayant été déterminée compte tenu des nouveaux taux de base, il convient tout d'abord d'en déterminer le montant d'après les taux initiaux de la loi du 31 mars 1919. Pour ce faire, il faut réduire ladite part de l'augmentation allouée en exécution des dispositions du tableau n° 2 annexé à l'instruction n° 0353/Ad du 6 février 1929. C'est ainsi que pour une veuve de soldat qui bénéficiait en 1929 d'une pension de 800 fr. (ajustement non compris), la part à reverser sur la tête des enfants sera de 800 x 800

1.000 = 240 fr. Les intéressés seront mis en possession de titres d'allocation provisoire d'attente dans les conditions prévues au paragraphe a qui précède.

NOTA. — Si la veuve remariée vient à décéder avant que les droits de ses enfants soient définis il sera procédé à une nouvelle liquidation des droits de ces derniers (sans qu'il y ait lieu à nouveau partage) en fixant le montant de la part de la mère à celui dû en exécution du partage initial et de l'article 79 de la loi du 30 décembre 1928.

#### Article 7.

##### ÉTABLISSEMENT DES FEUILLES DE DÉCOMPTES

Il sera tenu compte tant au débit qu'au crédit des feuilles de décompte des sommes perçues ou dues au titre des nouveaux suppléments spéciaux temporaires pour toute période de rappel finissant à une date postérieure au 31 décembre 1928. En outre pour les veuves et orphelins ayant droit à dater du 1<sup>er</sup> janvier 1929 au relèvement du taux de base de leur pension et, par suite, au supplément spécial temporaire, il y aura lieu de tenir compte des sommes perçues ou dues au titre des nouveaux taux de base pour toute période de rappel finissant à une date postérieure au 31 décembre 1928. Les Intendants départementaux des pensions pourront, dès réception de la présente instruction, adresser aux intéressés les titres conservés en application des dispositions du paragraphe V, 2<sup>e</sup>, de l'article 14 de l'instruction n° 0353/Ad du 6 février 1929.

Le paiement des rappels pouvant être dus sur feuille de décompte au titre d'arrérages postérieurement au 31 décembre 1928 sera fait sur nouvelle feuille de décompte annulant la précédente et indiquant les motifs de la substitution. L'établissement de ces feuilles de décompte sera fait d'office par les Intendants sans production de demande des intéressés. Le numérotage des feuilles de décompte permet, en effet, de retrouver les feuilles de décompte de l'espèce. Il appartiendra aux comptables du Trésor de tenir compte des rappels ou des précomptes ayant pu être exercés en exécution de la première feuille de décompte.

#### Article 8.

##### COMPTES RENDUS

Les comptes rendus d'échange des titres d'allocation provisoire d'attente seront adressés dans les conditions habituelles sous le timbre « Cabinet du directeur de la liquidation des pensions, section des services extérieurs ».

Le ministre des pensions,  
Louis ARTHAUX.

## MINISTÈRE DE LA MARINE

### Administration centrale.

Par arrêté ministériel du 18 mars 1929, M. Lamotte, homme d'équipe permanent, a été nommé gardien de bureau de 2<sup>e</sup> classe, à compter de la date du présent arrêté (1<sup>er</sup> tour: homme d'équipe, remplacement de personnel marin).

### Officiers de marine.

Par décret en date du 27 mars 1929, M. le capitaine de vaisseau Richard (Alfred-Edouard), du port de Toulon, a été nommé au commandement du contre-torpilleur Verdun.

### Équipages de la flotte.

Par décision ministérielle du 27 mars 1929, les quartiers-maitres dont les noms suivent ont été promus dans le corps des équipages de la flotte, pour compter du 1<sup>er</sup> janvier 1929 (compte de notes complété):

#### Au grade de second maître armurier.

Le quartier-maitre armurier Vige (Raymond-François-Désiré), 75198-1, 335 points.

#### Au grade de second maître électricien.

Le quartier-maitre électricien Zimmermann (Georges-Marcel), 62508-1, 588 points.

#### Au grade de second maître mécanicien.

Le quartier-maitre mécanicien Le Costaouec (Emile-Joseph), 17041 Concarneau, 602 points.

Par décision ministérielle du 27 mars 1929, les officiers maritimes et les quartiers-maitres dont les noms suivent sont promus, pour compter du 1<sup>er</sup> avril 1929:

#### Au grade de premier maître infirmier.

Le maître infirmier Le Guill (Jean-Marie), Cherbourg 4063, 897 points.

#### Au grade de maître infirmier.

Les seconds maîtres infirmiers titulaires du brevet supérieur:

Le Duff (François-Marie), le Conquet 11849, 1.351 points.

Berthelot (Alexandre), le Conquet 4852, 1.344 points.

Le second maître infirmier Lafourcade (Jean-Baptiste), Rochefort 419, 1.374 points.

#### Au grade de second maître infirmier.

Les quartiers-maitres infirmiers:

Le Guern (Louis), 2<sup>e</sup> dépôt 420230, 1.023 points.

Tanter (Jean-Marie), Guilvinec 11371, 1.011 points.

Pleiri (Célestin-Louis), 5<sup>e</sup> dépôt 50579-5, 1.003 points.

Tanguy (Gabriel), le Conquet 42001, 999 points.

Peschoux (Jean-Pierre-Marie), 2<sup>e</sup> dépôt 110-949-2, 971 points.

D'autre part, le ministre décide que la promotion au grade de quartier-maitre du 1<sup>er</sup> avril 1929 comprendra les matériels infirmiers en activité de service, régulièrement proposés pour l'avancement à cette date et possédant, au 1<sup>er</sup> octobre 1928, un nombre de points égal à 900.

Toutes les dispositions notifiées à la suite de la promotion trimestrielle du personnel appartenant aux spécialités autres que celle des infirmiers sont applicables, dans leur ensemble, aux marins de tous grades de cette dernière spécialité.

Par décision ministérielle du 27 mars 1929, les officiers maritimes et quartiers-maitres dont les noms suivent ont été promus dans le corps des équipages de la flotte pour compter du 1<sup>er</sup> avril 1929:

#### Au grade de maître principal de manœuvre

Les premiers maîtres de manœuvre:

Hamon (Pierre-Marie), 5531 Lannion.

Pottljoan (Pierre-Marie), 133106-2.

#### Au grade de maître principal timonier.

Les premiers maîtres timoniers:

Marrec (François-Marie), 63513-2.

Riou (Yves), 23160 Morlaix.

#### Au grade de maître principal charpentier.

Le premier maître charpentier Delarose (Eugène-Marie), 19565-1.

#### Au grade de maître principal armineur d'aéronautique.

Le premier maître armineur d'aéronautique Rémot (Jean-Louis-Auguste), 15660-3.

#### Au grade de maître principal pilote.

Le premier maître pilote Béquet (Pierre-Marie), 4111 Saint-Stalo.

#### Au grade de maître principal canonnier.

Les premiers maîtres canonniers:

Coilin (Jean-Louis-Marie), 67543-2.

Duchesne (Jean-Marie), 4101 Brest.

André (Adolphe-Jean), 15287 Toulon.

#### Au grade de maître principal armurier.

Les premiers maîtres armuriers:

Kongrène (Joseph-Marie), 42316-3.

Graud (Lucius-Fortuné-Amour), 14491 Toulon.

#### Au grade de maître principal fusilier.

Les premiers maîtres fusiliers:

Briant (Jean), 13204-2.

Le Port (Louis-Marie), 2201 Lorient.

Cazobon (Roger-Dominique), 104452-2.

#### Au grade de maître principal torpilleur.

Les premiers maîtres torpilleurs:

Trébaol (François-Marie), 1360 le Conquet.

Le Bail (Joseph-Paul), 6086 Brest.

#### Au grade de maître principal mécanicien d'aéronautique.

Le premier maître mécanicien d'aéronautique Poigot (Raymond-André), 14350 Toulon.

#### Au grade de maître principal mécanicien sédentaire.

Les premiers maîtres mécaniciens sédentaires:

Gabel (Emile), 3208 Cherbourg.

Véron (André), 4011 Rochefort.

#### Au grade de premier maître de manœuvre.

Le maître de manœuvre breveté supérieur Kernéis (François-Marie), 14114 Brest, 1.008 points.

Le maître de manœuvre Nicol (Jean-Marie), 432614-2, 1.130 points.