

Décret n° 53-438 du 16 mai 1953 déterminant les règles et barèmes pour la classification et l'évaluation des invalidités résultant des infirmités et maladies contractées pendant l'internement ou la déportation.

(J. O. du 17 mai 1953, p. 4467)

ARTICLE PREMIER. — Les règles et barèmes pour la classification des infirmités d'après leur gravité figurant aux textes énumérés à l'article D. 2 du Code des Pensions militaires d'invalidité et des Victimes de la guerre sont complétés de la façon suivante :

L'évaluation de l'invalidité résultant d'infirmités ou de maladies contractées pendant l'internement ou la déportation, pratiquée en vue de l'attribution des pensions visées au Code des Pensions militaires d'invalidité et des Victimes de la guerre, est faite en fonction des indications du document ci-joint, qui prend le nom de « Guide-barème pour l'évaluation de l'invalidité chez les anciens internés et déportés ».

ART. 2. — Le Ministre des Anciens Combattants et Victimes de la guerre, le Ministre de la Défense nationale et des Forces armées, le Ministre des Finances, le Ministre du Budget et le Ministre de la France d'outre-mer sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

GUIDE BARÈME

pour l'évaluation de l'invalidité chez les anciens internés et déportés

I. CONSIDÉRATION GÉNÉRALE

Les méthodes de la guerre totale mises en œuvre en 1939-1945 ont créé des circonstances pathologiques qui n'avaient pu être prévues lorsque fut élaboré le guide-barème applicable à l'étude du droit à pension pour les victimes de la guerre.

A l'action propre des armes de guerre se sont ajoutés la sous-alimentation scientifiquement organisée, les transferts de populations, la terreur policière avec les sévices, les incarcérations, les exécutions et les massacres, enfin cette monstrueuse réalisation des camps de déportation. Ceux-ci avaient pour objet l'anéantissement en masse et

joint à l'avitissement de la personne méthodiquement recherchée, à l'absurdité et la férocité du mode d'existence, la dégradation et la souffrance morale, la multiplicité et la diversité des chocs affectifs débilissants. Les exécutions sommaires, les meurtres, les coups et sévices de tous ordres, les « expériences scientifiques », les accidents, les maladies et infections non soignées et ne dispensant pas du travail forcé ou soignées dans des conditions dérisoires, complétaient un appareil de destruction de l'homme dont il ne semble pas qu'il y ait l'analogie dans l'Histoire.

Son application prolongée, massive et indiscriminée (enfants, femmes et hommes de tous âges, de toutes conditions et de toutes origines) a créé une morbidité particulière et nécessite, au regard du Code des pensions, des dispositions nouvelles sur lesquelles il convient d'attirer l'attention des médecins experts et surexperts et des commissions de réforme.

*Directives à l'usage des médecins experts et surexperts
et des membres des commissions de réforme*

Deux faits dominent la détermination du droit à pension des internés et déportés :

Le premier est l'impossibilité où ils se trouvent de faire la preuve légale de l'origine exacte des infirmités dont ils sont atteints. Si, dans certains cas, il existe des constatations établies à la Libération, qui suffiraient à ouvrir droit au bénéfice de la présomption d'origine normale, par contre, il est permis de remarquer que, la plupart du temps, les examens ont été sommaires et incomplets et n'ont pu, naturellement, enregistrer les séquelles et complications ultérieurement apparues.

Le second fait est l'existence du syndrome de *la misère physiologique chronique progressive des camps*, accompagné d'un vieillissement hâtif de l'organisme plus ou moins réversible, dont ont souffert *tous les déportés sans exception*. Comportant des facteurs étiopathogéniques divers et diversement associés, les uns bien déterminés (traumatismes, maladies infectieuses), les autres généraux et imprécisément définis, Il constitue la base du droit à réparation pour toutes les infirmités qui en découlent directement ou médicalement. Ce droit est attaché à la détention des cartes de déporté ou d'interné.

L'assouplissement nécessaire de la présomption légale d'origine a été réalisé par la suppression des délais en ce qui concerne la constatation médicale des infirmités. Il faut, en effet, avoir présentés à l'esprit non seulement la multiplicité et l'intrication des facteurs pathogènes que comprend la misère physiologique des camps, mais la complexité et la gravité du syndrome, les lenteurs et les incertitudes de sa régression chez les survivants, enfin l'importance de ses séquelles d'apparition tardive.

Les complications cardiaques, vasculaires et nerveuses du typhus exanthématique sont un exemple caractéristique de ces dernières.

On peut voir, aussi, des ostéomyélites, des arthroses, des artérites, des hémopathies, des arachnoïdites crâniennes et rachidiennes, le parkinsonisme, des myopathies, certains syndromes endocriniens définis, des cholécystites, des néphrites, des affections digestives, etc.

La tuberculose dûment confirmée, quelles qu'en soient la localisation, la date de début, l'évolution, sera toujours rapportée à la pathologie spéciale des déportés.

Chez la femme, les accidents d'une ménopause à l'âge habituel seront dissociés des séquelles possibles du syndrome des camps. Les affections génitales seront imputables, dans la mesure où il est possible de les relier aux sévices des camps (manque d'hygiène, contamination de tous ordres, expérimentations, etc.).

Les séquelles éloignées ne doivent pas être méconnues; c'est à leur détermination que l'expert apportera toute sa bienveillance en tenant compte des indications précédentes sur le syndrome des camps, de la difficulté qu'il y a parfois à mettre en évidence certains facteurs définis au milieu de cet agrégat de causes pathogènes, enfin de l'obscurité qui règne encore en bien des points de la médecine. Le doute résultant d'une incertitude des connaissances positives doit toujours bénéficier au malade.

En revanche, on ne confondra pas ces séquelles avec des affections ultérieurement apparues, autonomes et sans lien de filiation avec les éléments du syndrome de misère physiologique des camps. Le jeu de la présomption illimitée dans le temps complique la tâche et doit faire pénétrer de plus en plus dans la pratique des expertises les notions de diagnostic différentiel et étiologique que la précision limitative des données d'origine rendait autrefois moins impérieuses. En aucun cas, la relation médicale d'un processus pathologique avec un trauma ou une maladie vieux de dix, vingt ou trente ans et plus, ne peut être établie sur un examen sommaire, mais bien sur une anamnèse et des explorations cliniques, paracliniques et biologiques complètes.

II. ÉVALUATION DES TAUX D'INVALIDITÉ

Dans l'ensemble, les infirmités présentées par les déportés et internés peuvent se classer en deux catégories :

— d'une part, celles qui se rattachent à une action pathogène définie (traumatisme ou maladie) subie pendant la déportation ou la détention;

— d'autre part, celles qui résultent d'une manière générale du syndrome psycho-organique réalisé par la misère physiologique des camps.

Un chapitre particulier est enfin consacré aux affections gynécologiques que peuvent présenter les anciennes internées ou déportées.

A

Les infirmités du premier groupe entrent dans les cadres déjà prévus au guide-barème. Toutefois, en présence d'affections susceptibles d'une progression lente et de complications plus ou moins éloignées, le pourcentage d'invalidité doit être fixé à un taux indemnisable dès qu'un diagnostic sûr peut être établi. Entre autres :

Les artérites :

Dès la diminution de l'indice oscillo-métrique..... 15 %

Avec refroidissement des extrémités, douleurs, claudication intermittente, etc. 40 %

La néphrite albuminurique avec cylindrurie, azotémie inférieure à 0,50 %, épreuves rénales peu modifiées, compatible avec une activité normale 10 %

La cholécystite, les dystonies biliaires, avec accidents épisodiques, selon les troubles fonctionnels et le retentissement sur l'état général 10 à 25 %

Dans les arthroses, notamment les spondyloses, comme dans les arthrites, confirmées par les constatations radiologiques, même discrètes, avec phénomènes douloureux et gêne fonctionnelle minimes, l'invalidité ne sera pas inférieure à 15 %

On s'inspirera des taux déjà prévus au guide-barème pour les formes plus graves mais les grandes immobilisations pourront atteindre le taux de 100 %.

B

Outre ces symptomatologies particulières (traumatisques, carencielles, infectieuses, dégénératives) variables selon les individus, le syndrome de misère physiologique des camps s'est traduit fonctionnellement, au retour, par un état d'épuisement global portant à la fois sur les fonctions végétatives (nerveuses et viscérales) et sur les fonctions de relation tant motrices que psychiques; c'est l'*asthénie des déportés* en rapport avec l'énorme amaigrissement, la dénutrition massive de tous les sujets.

Observée lors du rapatriement, elle s'est généralement amendée. Relevant des soins immédiats, elle ne comporte pas d'indemnisation.

Dans certains cas, elle a persisté ou reparu, malgré la récupération du poids; souvent, elle s'est manifestée lors de la reprise des activités normales.

On peut distinguer :

1° Une forme atténuée caractérisée par la fatigabilité physique et psychique; fatigue rapide, dyspnée d'effort, palpitations ou algies précordiales, troubles dyspeptiques, céphalalgies occipitales, difficultés de l'effort intellectuel, dysmnésie d'évocation et de fixation, déficience de l'attention soutenue, déséquilibre de l'émotivité et de l'humeur. Son retentissement sur l'activité est relativement restreint : 10 à 30 %.

Accompagnée d'impuissance génésique ou de signes de vieillissement précoce avec altérations sensorielles et vasculaires, invalidité globale..... 20 à 40

2° Une forme grave :

Épuisement-rapide à l'effort musculaire avec déficiences passagères, céphalées d'effort, troubles cardiaques et dyspeptiques fonctionnels plus marqués entraînant des préoccupations hypocondriaques. Diminution notable de l'activité intellectuelle avec déficience rapide à l'effort, distraction et obnubilation transitoire de la conscience; ruminations mentales pénibles, sentiment de déchéance, tendance à l'isolement, hyperémotivité et irritabilité, angoisses, insomnies, cauchemars. Retentissement notable sur l'activité générale. — Invalidité..... 30 à 50

Accompagnés d'impuissance ou de signe de sénilité prématurée. — Invalidité globale..... 40 à 60

3° Le syndrome d'hypermnésie émotionnelle est un syndrome asthénique grave compliqué d'accidents paroxystiques, inconscients et amnésiques, au cours duquel est revécu un trauma ou une suite de traumas psychiques intenses. Ces accès ne doivent pas être confondus avec les accès névropathiques banaux. Ils sont plus ou moins fréquents. Le début est tardif après une phase de latence.

Dûment vérifié (et la narcose barbiturique peut être, à ce point de vue, un utile appoint) selon la gravité du syndrome dépressif, la fréquence des crises, la réduction de l'activité 60 à 85

Associé à l'épilepsie, il sera indemnisé globalement aux taux de celle-ci.

Les formes frustes, les plus fréquentes, présentent des accès dégradés ou atténués (états d'obtusation de la conscience avec rumination hypermnésique incoercible; absences, crises nocturnes amnésiques au réveil). Selon l'importance des phénomènes asthéniques et le retentissement pragmatique, l'invalidité variera de 10 à 50

On notera que les diverses formes de l'asthénie des déportés ne se confondent ni avec la « névrose émotive », ni avec la « neurasthénie émotive », ni avec les états neuro-psychasthéniques ou les psychoses déjà mentionnées au guide-barème (qui peuvent aussi s'observer chez les déportés et internés). Ils s'en distinguent par les facteurs étiologiques et pathologiques, l'absence d'antécédents psycho ou névropathiques, l'expression clinique (tendance à la dissimulation des troubles et au repliement sur soi, absence de plaintes diffuses, de théâtralisme, d'idées obsédantes ou hypocondriaques primaires, d'égoïsme, importance de l'asthénie physique).

C

*Évaluation de l'invalidité résultant des affections gynécologiques
chez les femmes déportées ou internées*

Les femmes internées ou déportées ont presque toutes présenté, dès leur arrestation, une aménorrhée complète. Ce trouble a, dans beaucoup de cas, disparu, cependant il a parfois résisté à la thérapeutique et s'est accompagné d'une perturbation du système glandulaire.

En outre, les femmes ont été, pendant l'internement et la déportation, privées des soins d'hygiène les plus élémentaires. Elles furent, en outre, à l'occasion des examens répétés au spéculum qui leur furent généralement imposés, examens pratiqués sans stérilisation de l'instrument qui servait pour des centaines d'opérations, exposées à des traumatismes et à des contaminations infectantes qui furent abandonnées à elles-mêmes sans aucun traitement.

Les affections gynécologiques et troubles divers en cause peuvent être rangés en six catégories :

*I. Séquelles de lésions traumatiques et troubles mécaniques
au niveau de l'appareil génital féminin*

Vulve et vagin :

Cicatrices, brides cicatricielles, etc., non accompagnées d'autres troubles
ou lésions 0 à 10

Utérus :

Vices de position :

Simple (flexions ou versions) 0 à 10
Avec prolapsus 20 à 40
Complicés avec dyspareunie 30 à 60
Avec rectocèle ou cystocèle 40 à 60

II. Lésions infectieuses chroniques

Vulvo-vaginite chronique 10 à 25
Cervicite ou métrite chronique 10 à 40
Péri-métrite ou cellulite pelvienne avec névralgies pelviennes 10 à 50
Salpingite ou salpingo-ovarite 10 à 30
Salpingite ou salpingo-ovarite bilatérale 20 à 50
Tuberculose génitale, isolée confirmée 50 à 70
Tuberculose utéro-annexielle associée à des manifestations viscérales tuber-
culeuses 100

III. Troubles fonctionnels

<i>a. Locaux :</i>	
Vagïnisme ou dyspareunie mécanique	10 à 25
Prurit vulvaire simple.....	5 à 15
Prurit vulvaire compliqué de lésions dermatologiques	10 à 30
<i>b. Généraux :</i>	
Dysménorrhée chronique	5 à 10
Méno et métrorrhagies habituelles sans lésions anatomiques.....	10 à 20
Troubles endocriniens (ovariens, hypophysaires ou pleuri-glandulaires) :	
suivant l'âge et l'importance des troubles.....	10 à 40
Mammites et mastose	5 à 15

IV. Néoforinations (bénignes ou malignes)

<i>a. Utérus :</i>	
Polype.....	5 à 20
Fibro-myome	15 à 40
Épithélioma	100
<i>b. Ovaire :</i>	
Kyste	10 à 20
Tumeur végétante	100
Ovarite scléro-kystique bilatérale	20 à 50
<i>c. Sein :</i>	
Tumeur maligne	100

NOTA. — Quel que soit le siège de la néoformation, il convient d'évaluer séparément et en sus l'invalidité résultant des métastases.

V. Séquelles d'exérèse chirurgicale

Ovariectomie unilatérale.....	10
Ovariectomie bilatérale :	
Sans troubles endocriniens	10 à 15
Avec troubles endocriniens : évaluer ceux-ci séparément (voir <i>supra</i> III).	
Évaluer éventuellement la stérilité (voir <i>infra</i>).	
Hystérectomie subtotala (avec conservation des ovaires).....	10 à 15
Hystérectomie totale ou subtotala avec castration (évaluer séparément, en sus, les troubles endocriniens et la stérilité)	20 à 30
Amputation du sein unilatérale	10 à 30
Amputation du sein bilatérale	20 à 40

VI. Troubles obstétricaux

Stérilité gynécologiquement ou biologiquement démontrée (impossibilité de concevoir ou de mener à terme les grossesses, maladie des avortements habituels). Dyspareunie éventuellement comprise, suivant l'âge.....	0 à 40
---	--------

Décret n° 73-74 du 18 janvier 1973 déterminant les règles et barèmes pour la classification et l'évaluation des invalidités résultant des infirmités et maladies contractées par des militaires ou assimilés au cours de la captivité subie dans certains camps ou lieux de détention.

(J.O. du 20 janvier 1973, p. 815)

Le Premier Ministre,

Sur le rapport du ministre d'état chargé de la défense nationale, du ministre de l'économie et des finances et du ministre des anciens combattants et victimes de guerre,

Vu le code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre (lois) annexé au décret n° 51-469 du 24 avril 1951, notamment son article L. 9,

Vu le code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre (décrets) annexé au décret n° 51-471 du 24 avril 1951, notamment son article D. 2,

Décète :

ARTICLE PREMIER. — Les règles et barèmes pour la classification des infirmités d'après leur gravité figurant aux textes énumérés à l'article D. 2 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre sont complétés de la façon suivante :

« L'évaluation de l'invalidité résultant d'infirmités ou de maladies contractées par des militaires ou assimilés au cours de la captivité subie dans certains camps ou lieux de détention, pratiquée en vue de l'attribution des pensions visées au code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, est faite en fonction des indications du document ci-joint qui prend le nom de Guide-barème pour l'évaluation des invalidités contractées par des militaires ou assimilés au cours de la captivité subie dans certains camps ou lieux de détention. »

ART. 2. — Le présent décret prend effet le 1^{er} janvier 1973 nonobstant toutes dispositions contraires de l'administration ou des juridictions.

ART. 3. — Le ministre d'État chargé de la défense nationale, le ministre de l'économie et des finances, le ministre des anciens combattants et victimes de guerre et le secrétaire d'État auprès du ministre de

l'économie et des finances, chargé du budget, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.