Les Pensions militaires d'invalidités en 1914-18

P. Cristau

Dans le cadre de la commémoration de la Première Guerre mondiale ce sujet mérite d'être traité car il a revêtu une grande importance compte tenu de la fréquence et de la gravité des blessures.

Il n'est pas question ici de détailler le guide-barème des invalidités de l'époque, mais simplement d'en évoquer l'évolution des idées, les grands principes, la situation en 1914 et l'apport de la guerre.

Historique

Les grands chefs de guerre et les chefs d'État se sont depuis très longtemps intéressés à leurs anciens combattants. L'on sait que Jules César voulait récompenser ses anciens soldats en leur donnant des terres. Charles-Magne demandait l'entretien de ses vieux soldats aux abbayes ; c'étaient les « oblats » qui étaient utilisés comme serviteurs et devaient être nourris, logés et soignés ; mais souvent paillards, ivrognes et tolérant mal les impératifs des religieux, ils préféraient souvent s'en aller pour mendier et voler. Par la suite, beaucoup de rois de France, Philippe-Auguste, Henri II, Henri III, Henri IV et Louis XIII ont pensé héberger leurs vétérans, mais leurs bonnes intentions, ou bien n'ont pu être réalisées faute de moyens ou bien ont tourné court après leur mort. Ce furent pour ne citer que quelques tentatives, Saint Jacques du Haut Pas, d'abord relais des pèlerins de Compostelle, ou bien la « Maison de la Charité chrétienne » fondée par N. Howel en 1578. Notons toutefois que Henri IV fut le premier à leur proposer, sans lendemain d'ailleurs, le choix entre une vie claustrale et une pension.

C'est, bien sûr Louis XIV qui arrive à créer définitivement une institution pour invalides en 1670. Sensibilisé par les séquelles de la Guerre de trente ans, il les héberge d'abord rue du Cherche-midi, puis crée l'Hôtel royal des Invalides pour soldats « blessés, estropiés ou vieillis dans le service ». Au départ, il n'y en a que quelques centaines que l'on occupe localement, quand ils ne sont pas trop invalides, dans des activités d'artisanat. Parallèlement, la Marine institue par l'édit de Nancy en 1773, un système différent concernant les marins de la Royale, les corsaires et les marins de commerce. Il est calqué sur l'armée anglaise avec un fonds de pension prélevé sur les soldes d'active. L'importance croissante des invalides à Paris qui dépassent bientôt les 3 000 fait que l'on décide d'envoyer les moins perclus dans les forteresses des villes frontières. Sous Louis XV, ils sont jusqu'à 30 000 formant 122 compagnies. Ces compagnies détachées sont transformées en vétérans sous la Révolution, mais une des dernières décisions de Louis XVI en 1792 leur propose soit de rester dépendants des Invalides, soit de rentrer chez eux avec une pension, pension qui est proportionnelle au grade mais non au degré d'invalidité.

Cette notion se modifie peu au cours des guerres de l'Empire. Le grand nombre des blessés fait seulement que l'on crée des succursales en province (Avignon, Louvain, Saint Cyr). On peut d'ailleurs être étonné que Napoléon, si près de ses soldats, n'ait pas mieux fait évoluer les choses. En fait, le problème des malades et blessés n'a commencé à se faire cruellement sentir qu'au moment où l'on était dépassé par les événements, c'est-à-dire pendant la retraite de Russie et à cette période, l'Empereur avait d'autres choses à traiter.

Lors de la Restauration, les campagnes de guerre ne sont pas terminées. La campagne d'Espagne en 1820, le désastre sanitaire de Morée et le débarquement des troupes françaises en Algérie en 1830 font que l'on se préoccupe à nouveau d'indemniser les invalides et, pour la première fois, en 1831, de leur proposer non seulement une pension type retraite, mais l'indemnisation proportionnelle de leurs invalidités. Cette loi des 13 avril pour la Marine et 18 avril 1831 pour l'armée de Terre fait bien la distinction entre :

– les pensions de retraite pour ancienneté ;

– les pensions d'invalidités pour cause de blessures ou maladies ;

– les pensions de veuves et orphelins.

Un certain nombre d'insuffisances amène cependant à une nouvelle loi en 1898. Elle s'inspire d'un décret civil du 23 juillet 1887 concernant les accidents du travail, mais cette orientation s'adapte difficilement aux conditions de la vie militaire. Une nouvelle loi datant de 1906 tente d'atténuer cette disparité.

P. CRISTAU, médecin général inspecteur, Professeur agrégé du Val-de-Grâce, Ancien président du Comité d'histoire du Service de santé.
Correspondance : Monsieur le médecin général inspecteur P. CRISTAU, 28 rue Fays – 94300 Vincennes.

Où en est-on en 1914 ?

L'ouverture des droits et les avantages concédés

Au départ, en 1831, l'ouverture des droits est limitée à des affections graves et incurables provenant d'événements de guerre ou d'accidents en service commandé pour les blessures, ou de fatigues ou dangers de la vie militaire par obligation de service pour les autres infirmités. Mais certaines restrictions existent pour l'appréciation de la gravité. Le droit à pension est attribué :

– à l'officier, s'il est hors d'état de rester en activité et ne pourra y rentrer ultérieurement ;

– au sous-officier et à l'homme de troupe, s'il est hors d'état de servir et de pourvoir à sa subsistance.

Ces restrictions amènent à quelques incohérences. La perte d'un œil ou l'amputation d'un pouce, par exemple, rentrent dans le cadre de ces affections pensionnables. Elles sont cependant de moindre gravité et n'empêchent pas, *a priori*, un officier de rester en activité ni un sous-officier ou un homme de troupe de subvenir à sa subsistance, c'est-à-dire n'entraînent pas l'impossibilité d'exercer toute activité professionnelle, particulièrement en milieu civil. C'est pourquoi il est créé, pour les affections plus bénignes diminuant de 10 à 30 % les capacités de travail, un « système de gratifications » attribué au départ pour un ou deux ans. Les officiers et les veuves en sont exclus, de même que ceux qui sont déjà titulaires d'une pension d'invalidité pour une autre affection. Ce système est moins valorisant que celui des pensions, mais il a le mérite d'exister. Ces restrictions sont apparemment liées lors de leur création à l'exiguïté du budget des Armées.

Des décisions ultérieures vont heureusement permettre un renouvellement sans limite de ce système sur plusieurs années. La loi de 1906 ouvre de nouveaux échelons jusqu'à un taux de 60 %, permettant alors de transformer la gratification en pension d'invalidité plus favorable.

Le système de rémunération varie en fonction du grade et selon qu'il s'agit des officiers ou des sous-officiers et hommes de troupe. L'importance du recrutement outre-mer fait qu'il s'applique de façon restreinte à ces personnels, étant variable selon les pays d'origine. L'Afrique du Nord est privilégiée, puis vient l'Indochine, puis Madagascar, enfin l'Afrique occidentale, la moins considérée. C'est ainsi qu'au début de la guerre, un soldat africain touche une pension de 38 francs alors qu'un métropolitain en perçoit 100 pour la même invalidité.

La signification d'une maladie « par obligation de service » reste longtemps ambiguë. C'est ainsi qu'une bronchite grave contractée au cours d'une marche ne donne pas droit à une pension. De même, la mort par maladies endémiques ou contagieuses fait l'objet d'atermoiements. Elle n'est au départ « invalidable » que si ces dernières sont contractées aux armées ou hors d'Europe. C'est ainsi que la veuve d'un infirmier qui meurt d'une typhoïde acquise dans une infirmerie en France n'a pas droit à pension. Les lois de 1885 et 1906 font heureusement disparaître toutes ces restrictions.

Les personnels concernés

Il s'agit bien entendu de tous les militaires en activité, qu'ils soient de carrière, engagés ou appelés. Le droit à pension concerne aussi les veuves, les orphelins et les ascendants. Les orphelins, bien entendu, ne perçoivent une pension qu'après le décès de leurs parents et jusqu'à leur majorité. Quant aux ascendants il faut qu'ils aient au moins 60 ans pour les hommes, 55 pour les femmes et qu'ils ne soient pas imposables. Le droit des veuves n'est cependant pas applicable dans le cadre du système de gratifications, sauf s'il s'agit pour l'époux d'un décès sur le champ de bataille, lié à des événements de guerre ou en service commandé. La rémunération de la veuve varie en fonction du grade. Elle est de 1/3 de la solde pour les officiers et de la moitié pour les sous-officiers et hommes de troupe ; si la mort est liée à des événements de guerre, elle passe au taux exceptionnel de 3/4 pour les sous-officiers et de la moitié pour les officiers.

Les invalidités pensionnées et l'appréciation de leur gravité

Le premier classement des invalidités et leur première échelle de gravité date de 1831 avec une hiérarchie de six classes, mais qui n'envisage pas plusieurs pourcentages d'invalidités pour une même affection :

– la classe 1 concerne exclusivement la cécité ;

– dans la classe 2, on trouve l'amputation de deux membres ;

– l'amputation totale ou partielle d'un seul membre occupe la classe 3 ;

– la perte absolue de l'usage de deux membres fait la classe 4 ;

– dans la classe 5, la perte absolue de l'usage d'un seul membre figure à côté des infirmités liées aux accidents ou fatigues du service en campagne ou aux séjours prolongés outre-mer. On y trouve les infirmités les plus diverses comme les hémiplégies, les psychonévroses, les mutilations étendues de la face, les fistules stomacales, la lèpre, l'incontinence urinaire et la surdité complète ;

– quant à la classe 6, elle regroupe des affections moins graves, la hernie inguinale ou crurale, la sciatique chronique, les hémorroïdes volumineuses, les varices compliquées, etc.

De toute évidence, cette première législation privilégie les blessures par rapport aux maladies dont la liste est incomplète et qu'elle relègue dans les classes les plus faibles. La loi de 1898 conserve la classification de 1 à 6, mais en modifie l'échelle de gravité. Par ailleurs, l'aggravation d'un état antérieur devient possible lorsqu'elle apparaît directement liée au service, mais il faut en apporter la preuve indiscutable. La présomption n'est reconnue que dans des cas exceptionnels par jurisprudence du Conseil d'État. Le cumul de plusieurs infirmités est aussi mal conçu : il consiste en 1831 à additionner les différents taux d'invalidités, sans pouvoir

dépasser les 100 %, ce qui oblige, pour les mentionner toutes, à en diminuer les taux. En 1898, ce cumul n'est toujours pas calculable, mais il peut faire passer l'intéressé dans une classe supérieure plus favorable.

L'on voit que, malgré l'apport successif de plusieurs lois de 1831 à 1906, il existe de nombreuses incohérences et insuffisances. Elles sont pour l'essentiel liées au fait que l'on s'est beaucoup inspiré en 1898 d'une loi civile concernant les accidents du travail, peu adaptée aux circonstances de guerre.

Les apports de la guerre

En 1914, l'organisation du système des pensions est défectueuse. Il existe une confusion entre les responsabilités du Service de santé militaire et le Service des pensions. De plus, les commissions de réforme sont composées d'officiers de complément peu préparés à leur fonction et inexpérimentés. Les erreurs sont fréquentes, à l'origine de récriminations et de contestations multiples dont s'empare la presse, obligeant le Conseil d'État à des rectifications tardives. En août 1915, 8 000 dossiers sont en instance.

Une rectification s'impose donc. Elle sera rapidement efficace, amenant à de nombreuses modifications de la législation. Beaucoup de décisions sont votées au cours de la guerre, mais c'est surtout en 1919 et 1924 que des lois importantes vont faire le point et une synthèse des avancées acquises.

Un nouveau système d'indemnisation

La création d'un Sous-secrétariat d'état du Service de santé en juillet 1915 avec à sa tête J. Godart en est à l'origine. On demande au médecin principal Duco, spécialisé dans les problèmes de contentieux de faire une étude complète de la question. Il est nommé président de la Commission consultative médicale.

La création d'un Registre des constatations, géré par le commandement, devient obligatoire dans les unités. Des Commissions médicales permanentes sont organisées. Elles vont intervenir entre l'ouverture du dossier de pension et le passage devant la Commission de réforme. Elles sont là pour permettre un examen clinique complet du demandeur, les examens complémentaires nécessaires, voire l'avis de spécialistes, bref, la constitution d'un dossier médical irréprochable. Les commissions de réforme, au nombre de quatre par région, deviennent les seules compétentes en matière d'indemnisation. Elles doivent convoquer les postulants, mais peuvent aussi organiser des visites à domicile pour les intransportables. Elles décident deux types de pensions :

– les pensions définitives si l'affection est incurable ;

– les pensions temporaires si l'affection est guérissable, pension attribuée pour deux ans et renouvelable.

La Commission consultative médicale (CCM) qui a remplacé le Comité de santé et devient le moteur de tout le système médico-légal :

– elle contrôle les dossiers d'indemnisation et en vérifie la conformité par rapport à la loi ;

– elle donne son avis sur les propositions du ministère et peut lui faire des suggestions ;

– elle unifie la doctrine médico-légale entre la métropole et les colonies ;

– elle consulte les grands spécialistes et les Sociétés savantes dans les cas litigieux et doit conserver ces dossiers en archives ;

– elle crée un fichier résumé pour tous les dossiers (400 000 sont réunis à la fin de la guerre).

Au-delà de la CCM, le contentieux est réglé par les Tribunaux départementaux et par les Cours régionales des pensions. Le nombre des experts est notablement augmenté. À leurs débuts, ils doivent faire un stage d'information de huit jours. Ils sont sélectionnés avec le plus grand soin. Ils sont choisis parmi les médecins expérimentés dégagés de toute obligation militaire (retraités ou démobilisés) ou parmi les experts civils.

Une nouvelle législation

Elle a pour base le « devoir de reconnaissance » de la Nation vis-à-vis de ses anciens combattants qui, comme le disait Clemenceau, « ont des droits sur nous ». Abandonnant l'esprit de la loi de 1887 basée sur l'incapacité de travail, elle s'oriente vers une indemnisation des troubles fonctionnels.

L'apport principal est la création en octobre 1905 d'un Guide-barème des invalidités qui modifie peu l'échelle de gravité de la loi de 1887, mais y inclue les gratifications et crée une uniformité d'appréciation et de doctrine. Ce Guide-barème sera adopté en 1919 par les armées alliées (États Unis, Grande Bretagne, Italie et Belgique). Fait nouveau, le degré d'invalidité a une valeur seulement indicative et laisse à l'expert la possibilité d'une appréciation personnelle en fonction des cas. Une certaine bienveillance leur est particulièrement demandée pour les blessés de guerre. La présomption d'origine jusque-là reconnue de façon exceptionnelle devient généralisée en l'absence de preuve contraire. Elle devient justifiée par l'impossibilité matérielle dans les circonstances exceptionnelles de la zone opérationnelle de se procurer une justification réglementaire à l'origine des infirmités (le Registre des constations existe peu dans les tranchées).

Dans le cadre des avantages concédés, le bénéfice de la tierce personne est accordé aux grands handicapés. Toute affection pensionnée donne droit aux soins gratuits (honoraires médicaux, frais pharmaceutiques, hospitalisations, rééducation et appareillage). Si la loi ne s'applique pas en cas de désertion ou de désobéissance, des circonstances exceptionnelles sont admises, telles qu'une sortie de tranchée pour aller chercher un blessé sous le feu de l'ennemi. L'existence de plusieurs infirmités localisées sur un même organe fait l'objet de nombreuses discussions. Finalement, il est admis que lorsque l'amputation d'un membre atteint 100 %, une surpension est acceptée pour d'autres infirmités, telles que les causalgies.

Indépendamment du cas précédent, le cumul d'infirmités multiples est enfin amélioré en 1920, se rapprochant du système actuel. Si le blessé est atteint

d'une invalidité donnant droit à 100 %, de nouvelles infirmités peuvent être prises en compte au-delà de ce taux, avec un calcul dégressif jusqu'à un autre 100 %.

Les personnels concernés par le droit à pension voient leur extension à de nombreuses autres catégories : les ouvriers d'usine militarisés, les gendarmes, les pompiers, les employés des chemins de fer, les personnels civils du ministère de la Guerre et de la Marine, les mobilisés pour des exploitations agricoles, les surveillants des établissements pénitentiaires coloniaux et les alsaciens-lorrains ayant servi contre leur gré dans l'armée allemande. De même, les blessés par l'explosion d'un magasin de poudre causé par des projectiles de l'ennemi sont pris en compte. La veuve qui jusqu'alors ne pouvait être indemnisée que si elle était mariée avant la blessure de son époux peut l'être si le mariage est postérieur aux blessures dans le cas où l'invalidité est supérieure à 80 %.

« L'événement de guerre », à l'origine de certains avantages tels que les taux exceptionnels accordés aux veuves est reconnu pour les personnels du Service de santé morts en service commandé dans les hôpitaux militaires du territoire. L'événement de guerre n'est donc plus réservé exclusivement aux blessures. C'est ainsi qu'un marin en a pu bénéficier parce que mort de pneumonie à l'issue d'un incendie provoqué par un bombardement au cours duquel il fut aspergé et inondé par une pompe.

Les victimes civiles sont longtemps méconnues. Une pension peut leur être assez rarement accordée, mais une preuve indiscutable est nécessaire et le bénéfice de la présomption n'est pas admis. Il faut attendre 1954 pour qu'une loi rétrospective leur donne l'accès plus libéral à une indemnisation.

Les acquis de la science médicale font aussi évoluer les choses. Cela concerne d'abord les affections endémo-épidémiques. Initialement, pour que le caractère épidémique d'une maladie soit pris en compte, il fallait qu'il soit spécifique du milieu militaire et non diffusé dans la population. Ce problème a concerné la grippe de 1918, mais aussi la tuberculose. Bien que, pour cette dernière, personne ne contestait sa nature contagieuse et microbienne, sa grande fréquence dans tous les milieux ne la faisait initialement juger en milieu militaire que comme l'aggravation d'un état antérieur, nécessitant pour sa prise en compte que cette aggravation soit médicalement prouvée et indiscutable. Ce n'est qu'en 1916 que le taux de 100 % a été attribué à toutes les localisations tuberculeuses lorsque la maladie était évolutive ; par ailleurs, l'avènement et la diffusion de la radiologie n'a plus imposé sa confirmation bactériologique.

Dans un autre ordre d'idées, l'ulcère chronique de l'estomac s'est débarrassé de ses complications devenues plus rares passant de 65 à 50 %. Les lésions respiratoires provoquées par les gaz de combat sont considérées comme des blessures de guerre, ces gaz étant reconnus comme armes de guerre. Et le suicide, considéré jusque-là comme une désertion, est devenu pensionnable s'il apparaît comme conséquence d'une blessure ou d'une maladie contractée en service.

L'évaluation des séquelles de traumatismes maxillo-faciaux s'est enfin considérablement améliorée. La défiguration initialement reléguée dans les 5e ou 6e classes va pouvoir atteindre 100 % si l'on tient compte du préjudice esthétique doublé très souvent d'un important contexte psychique. Les troubles surajoutés (vision, audition, mastication) doivent bénéficier d'une sur-pension. Il en est de même pour les troubles génito-urinaires, les paralysies, l'anus artificiel, l'insuffisance rénale pour n'en citer que quelques-uns.

L'on pourrait encore disserter longtemps sur les nombreux décrets et lois qui ont émaillé cette législation et qui remplissent un livre entier. D'autres sont apparus, ultérieurement s'adaptant aux nouvelles circonstances, concernant en particulier les déportés, mais ne font pas l'objet de cette présentation.

Il est bon d'arrêter ici ces commentaires. Constatons seulement que, compte tenu des idées de l'époque et des événements contextuels, notamment l'expérience de plusieurs conflits armés, ce qui peut nous paraître actuellement juste et évident a mis, après de nombreux atermoiements, plus d'un siècle à se concrétiser.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Instruction du 31 mai 1920 pour l'application de la loi du 31 mars 1919 sur les pensions militaires pour infirmités et du décret du 2 septembre 1919. Ed. Lavauzelle Paris 1920.
2. Victimes civiles de guerre. Loi du 24 juin 1919. Bulletin des lois de la République française 1919 ; tome 2 : 261-4 : 1974-6.
3. Fournier L. Loi sur les pensions des armées de Terre et de Mer (31 mars 1919). Librairie Militaire Universelle.
4. De Kobor W. Le code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre : genèse et particularité (1re et 2e parties). Médecine et Armées 1913 ; 4(2): 101-18.
5. Valentino Ch. La loi Lugol sur les pensions militaires aux infirmes, veuves, orphelins, ascendants. Édition de la Revue Interalliée.
6. Duco med. Insp. Droits du blessé, pension, gratification, réforme. Science et dévouement. Paris : Aristide Quillet ; 1917. 343-55.
7. Prieur L. Loi du 31 mars 1919. Présomption d'origine. Paris : Lavauzelle ; 1919.