

Les maladies professionnelles

Vincent DANG VU¹

RÉSUMÉ

La reconnaissance des maladies professionnelles se fait sous la forme du système des tableaux des maladies professionnelles indemnisables ou du système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles.

L'indemnisation des maladies professionnelles suit en général les principes des barèmes d'invalidité-accident du travail et d'invalidité-maladie professionnelle sauf dans le cas particulier de l'indemnisation des pneumoconioses et des maladies professionnelles occasionnées par l'amiante. Dans ce dernier cas, la victime peut faire appel au Fonds de l'Indemnisation des Victimes de l'Amiante (FIVA).

Le cas particulier de la fonction publique et des professions agricoles salariées et non salariées est abordé.

Mots-clés : Tableaux des maladies professionnelles indemnisables, système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles, Fonds d'Indemnisation des Victimes de l'Amiante (FIVA), Allocation temporaire d'invalidité.

SUMMARY

Occupational diseases

Recognition of occupational diseases is done by the system of tables of occupational diseases entitled to compensation or the complementary system of recognition of occupational diseases.

Compensation for occupational diseases usually follows the principles of the disability-work accident or disability-occupational disease scales except in the particular case of compensation for pneumoconiosis and occupational diseases caused by asbestos. In the latter case, the victim may appeal to the FIVA (Fonds de l'Indemnisation des Victimes de l'Amiante – Compensation Fund for Victims of Asbestos).

The particular case of the civil service and agricultural professions both salaried and unwaged is mentioned.

Keywords: Tables of occupational diseases entitled to compensation, complementary system of recognition of occupational diseases, FIVA (Fonds de l'Indemnisation des Victimes de l'Amiante – Compensation Fund for Victims of Asbestos), Temporary allowance for disability.

1. Ancien interne des Hôpitaux de Nancy, Ancien Assistant chef de clinique.
Rhumatologie – Radiologie osseuse – Electromyographie.
Adresse : 17, Grande allée de la Faisanderie, 77185 Lognes, France.

On dénombre en 2006, 1.130.000 accidents du travail, 116.000 accidents de trajet, 46.200 maladies professionnelles pour le régime général. Le nombre d'accidents du travail est en baisse continue depuis 2000 avec une baisse de -2.4 % en moyenne annuelle. Par contre, on constate une augmentation importante du nombre de maladies professionnelles reconnues : 7.6 % en moyenne annuelle. Sur les 42.300 maladies professionnelles avec arrêt de travail dénombrées en 2006, presque 70 % correspondent au tableau 57 des affections périarticulaires, 16 % aux maladies dues à l'amiante (tableau 30 et 30 bis), 6.5 % à des affections du rachis lombaire (tableau 97 et 98).

Pour le régime général, 51500 maladies professionnelles ont été reconnues au titre de l'année 2006 en totalisant les alinéas 2, 3 et 4.

En 2006, 4200 dossiers ont reçu un avis favorable au titre de l'alinéa 3 soit un peu moins de 50 % des dossiers et 150 au titre de l'alinéa 4 (soit un peu moins du quart des dossiers).

Près de 2.005 victimes ont bénéficié d'une reconnaissance de maladie professionnelle au titre de l'alinéa 3 au titre du régime général (la maladie figure dans un tableau de maladies professionnelles et une ou plusieurs conditions tenant au délai de prise en charge, à la durée d'exposition ou à la liste limitative des travaux ne sont pas remplies).

Les pathologies les plus fréquemment reconnues sont les affections rhumatologiques (70 %, tableaux 57, 97 et 98) et les affections liées à l'amiante (16 %, tableaux 30 et 30 bis).

Le nombre de pathologies indemnisées au titre du 4^e alinéa de l'article L.461-1 (maladie non désignée dans un tableau de maladie professionnelle mais essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime) est relativement important (104 pathologies indemnisées en 2006 pour le régime général).

Quelques mots sur les avantages fiscaux accordés aux victimes de maladies professionnelles : bénéficient d'une demi part supplémentaire pour le coefficient familial de base (article n° 195 du Code général des impôts), les bénéficiaires d'une pension d'invalidité pour accident du travail d'au moins 40 % (le bénéficiaire d'une rente pour maladie professionnelle peut être assimilé au titulaire d'une pension d'invalidité pour accident du travail).

En cas d'infirmités multiples provenant d'accidents du travail ou de maladies professionnelles successifs, les taux sont cumulés (DA 5 D-3111 n°12).

L'économie résultant de la demi part supplémentaire accordée aux anciens combattants ou aux invalides sans personne à charge est plafonnée à 2.857 € en 2.007.

Lorsqu'une même personne ouvre droit à plusieurs demi parts supplémentaires en raison de sa situation personnelle, elle ne pourra prétendre qu'à une seule demi part (exemple : une personne titulaire à la fois d'une rente pour accident du travail et d'une carte d'invalidité n'ouvrira droit qu'à une seule unique part supplémentaire).

En revanche quand plusieurs personnes au foyer remplissent chacune des conditions pour ouvrir droit à une demi part supplémentaire, ces demi parts se cumulent (par exemple, deux conjoints titulaires d'un taux d'IPP d'au moins 40 % d'accident du travail).

A. LES PROCÉDURES DE RECONNAISSANCE DES MALADIES PROFESSIONNELLES

Une maladie professionnelle est définie en général comme un état pathologique d'installation progressive résultant de l'exercice habituel et normal d'une profession. Il convient de distinguer les maladies professionnelles indemnisables et les maladies à caractère professionnel.

1. Les maladies professionnelles indemnisables

Une maladie professionnelle est dite indemnisable si elle est désignée dans un des tableaux de maladies professionnelles indemnisables et si elle est contractée dans les conditions mentionnées à ce tableau, suivant l'article L.461-2 du Code de la Sécurité Sociale. Les tableaux des maladies professionnelles indemnisables sont créés et peuvent être modifiés par Décret au fur à mesure de l'avancée des connaissances médicales. Il en existe deux listes distinctes : les tableaux du régime général de Sécurité Sociale annexés au Code de la Sécurité Sociale et ceux du régime agricole, annexés au Code Rural. Ils sont numérotés par ordre chronologique. Ils sont numérotés à ce jour de 1 à 98 avec des Bis et des Ter pour le régime général.

Désignation des maladies	Délai de prise en charge	Liste indicative des principaux travaux susceptibles de provoquer ces maladies
Anémie, leucopénie, thrombopénie ou syndrome hémorragique consécutifs à une irradiation aigue	30 jours	Tous travaux exposant à l'action des rayons X ou des substances radioactives naturelles ou artificielles, ou à toute autre source d'émission corpusculaire, notamment : • Extraction et traitement des minerais radioactifs ; • Préparation des substances radioactives ; • Préparation de produits chimiques et pharmaceutiques radioactifs ; • Préparation et application de produits luminescents radifères ; • Recherches ou mesures sur les substances radioactives et les rayons X dans les laboratoires ; • Fabrication d'appareils pour radiothérapie et d'appareils pour rayons X ; • Travaux exposant les travailleurs au rayonnement dans les hôpitaux, les sanatoriums, les cliniques, les dispensaires, les cabinets médicaux, les cabinets dentaires et radiologiques, dans les maisons de santé et les centres anti-cancéreux ; • Travaux dans toutes les industries et commerces utilisant les rayons X, les substances radioactives, les substances ou dispositifs émettant les rayonnements indiqués ci-dessus.
Anémie, leucopénie, thrombopénie ou syndrome hémorragique consécutifs à une irradiation chronique	1 an	
Blépharite ou conjonctivite	7 jours	
Kératite	1 an	
Cataracte	10 ans	
Radiodermites aigues	60 jours	
Radiodermites chroniques	10 ans	
Radioépithérite aigue des muqueuses	60 jours	
Radiolésions chroniques des muqueuses	5 ans	
Radionécrose osseuse	30 ans	
Leucémies	30 ans	
Cancer broncho-pulmonaire primitif par inhalation	30 ans	
Sarcome osseux	50 ans	

Tableau n° 6. Affections provoquées par les rayonnements ionisants.

Date de création : 4-1-1931 – Dernière mise à jour : 26-6-1984

Chaque tableau comporte donc un numéro ainsi qu'un titre et trois colonnes (cf exemple de tableau ci-dessus).

Le titre précise l'agent causal (agent chimique, agent physique, agent infectieux, agent inclassable) le plus souvent, le mécanisme évoqué ou simplement la maladie.

La colonne de gauche concerne la désignation de la maladie, elle énumère les symptômes et les lésions reconnues. Cette énumération est limitative et la positivité d'examens complémentaires est souvent exigée pour la prise en charge. La constatation médicale doit être portée pendant l'exposition au risque ou dans le délai de prise en charge. Pour la colonne désignation des maladies, elle peut comporter des niveaux minima des handicaps pour être reconnue comme le tableau 42 (surdité professionnelle) et le tableau 91 (broncho-pneumopathie obstructive). Certains tableaux comportent également un délai de confirmation du diagnostic : le tableau

1 (deux examens dans un intervalle rapproché) et le tableau 29.

La colonne du milieu indique le délai de prise en charge qui est le délai maximal écoulé entre la fin de l'exposition au risque et la première constatation médicale de l'affection. Ce délai de prise en charge représente le temps durant lequel l'affection « couve » en restant « muette » sans qu'elle s'exprime par un ou plusieurs symptômes qui permettent le diagnostic de l'affection. La fin de l'exposition au risque ne correspond pas forcément à la fin de l'activité salariée. La victime peut changer de poste et ne plus être exposée au risque. Cette date de fin de l'exposition au risque est à différencier de la date de déclaration, de la première constatation de la maladie professionnelle (article L.451-1 du Code de la sécurité sociale).

Parfois cette colonne mentionne également une durée minimale d'exposition c'est-à-dire une durée minimale

pendant laquelle le travailleur à du être exposé au risque pour pouvoir bénéficier d'une réparation.

La colonne de droite indique la liste des travaux responsables de la maladie en précisant s'il s'agit d'une liste limitative ou indicative.

Si la liste est indicative, tous les travaux exposant à la substance toxique sont pris en compte même ceux ne figurant pas sur la liste.

Si la liste des travaux est limitative, l'exposition à l'un des travaux limitativement énumérés est obligatoire. Tous les travaux, même ceux qui sont notoirement connus pour engendrer le risque, mais qui ne sont pas inscrits au tableau, ne sont pas pris en compte.

Lorsque l'affection dont souffre l'assuré est inscrite dans cette colonne, l'assuré doit pouvoir fournir un certificat médical daté de l'époque des faits et doit avoir été exposé de façon habituelle au risque de la maladie (Chambre sociale de la Cour de Cassation, 11-1-1996, *Liaisons Sociales* n°5, mars 1996).

Dans le cadre des maladies professionnelles indemnisables, le salarié bénéficie de la présomption d'origine si sa maladie, le délai de prise en charge, la durée d'exposition si elle est mentionnée et sa profession répondent aux critères imposés par le tableau. Cela signifie que son affection est systématiquement considérée l'origine professionnelle sans qu'il soit nécessaire d'établir la preuve de la relation de causalité entre l'exposition professionnelle et la pathologie. Quand une ou plusieurs des conditions tenant au délai de prise en charge, la durée d'exposition au risque ou la liste limitative des travaux ne sont pas remplies, la présomption d'imputabilité ne s'applique plus.

Le salarié victime d'une maladie professionnelle qui ne remplit pas les conditions prévues par le tableau, ne bénéficie plus de cette présomption d'imputabilité professionnelle.

2. Le système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles

Le CRRMP peut être saisi à l'initiative de la caisse primaire d'assurance maladie ou de la victime considérant sa maladie comme professionnelle. Lorsque la prise en charge par la CPAM n'est pas possible au titre des tableaux des maladies professionnelles, la caisse soumet le dossier au CRRMP dans les cas suivants :

- la maladie figure à un tableau, les conditions réglementaires sont toutes réunies mais manque une ou plusieurs conditions tenant :
 - au délai de prise en charge
 - à la durée d'exposition
 - à la liste limitative des travaux (alinéa 3 de l'article L.461-1 du Code de la sécurité sociale)
- il s'agit d'une maladie caractérisée ne figurant pas à un tableau et qui entraîne le décès ou une incapacité permanente d'un taux au moins égal à 25 % (alinéa 4 de l'article L.461-1 du code de la sécurité sociale).

Par la Loi du 27.01.1993 le système de reconnaissance des maladies professionnelles s'est élargi pour inclure des cas limites. Ainsi une maladie professionnelle peut-être indemnisée après avis motivé du Comité Régional de reconnaissance des maladies professionnelles dans deux situations :

- la maladie est désignée dans un tableau mais ne répond pas strictement à un ou plusieurs critères exigés par le tableau tels que par exemple le délai de prise en charge, la durée d'exposition ou la liste limitative des travaux : délai de prise en charge dépassé, travaux effectués ne figurant pas sur la liste limitative, durée d'exposition inférieure à celle exigée (Article L. 461 - 1, Alinéa 3 du Code de la Sécurité Sociale). Selon l'alinéa 3 de l'article L.461-1 du Code de la sécurité sociale, la maladie peut alors être reconnue d'origine professionnelle, lorsqu'il est établi qu'elle est **directement** causée par le travail habituel de la victime.

Du fait de cet alinéa, l'absence d'une ou de plusieurs conditions administratives ne constitue plus un obstacle définitif à la reconnaissance d'une maladie professionnelle. Par contre, les conditions médicales figurant dans le tableau d'une maladie professionnelle restent d'application stricte. D'autre part, la victime ne bénéficie plus d'une « présomption d'origine ». Elle doit prouver le lien direct entre la maladie et le travail (voir encadré 1)

- la maladie n'est pas désignée dans un tableau (Article L. 461 - 1, Alinéa 4 du Code de la Sécurité Sociale), mais elle entraîne le décès de la victime ou une incapacité permanente supérieure à 25 % (article R. 461-8 du Code de la Sécurité sociale, modifié par le décret N° 2002-543 du 18 avril 2002, publié au Journal Officiel N° 94 du 21 avril 2002, page 7.129).

Encadré 1

Modèle de lettre de demande de reconnaissance de maladie professionnelle au titre de l'alinéa 3 de l'article L.461-1 du Code de la sécurité sociale.

Nom - Prénom
Adresse de l'accidenté

Date

Monsieur le directeur de la CPAM de

RECOMMANDÉE AVEC A.R.

Objet : demande de reconnaissance d'un MP dans le cadre du système complémentaire (Loi n° 93-121 du 27.01.1993).

Monsieur,

Je soussigné, Monsieur , présente une demande de reconnaissance en maladie professionnelle du Tableau ... en m'appuyant sur le certificat du Docteur..... du (date). Je remplis partiellement les conditions de la maladie désignée au Tableau

Cette demande peut, dès lors, être instruite dans le cadre du système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles.

Je vous demande, par la présente, de solliciter l'avis du CRRMP en application de l'article L.461-1, alinéa 3 du Code de la Sécurité Sociale.

En cas d'un refus de votre organisme de mettre en œuvre la procédure telle qu'elle est demandée, je vous serais obligé de notifier ce refus, avec la voie de recours indiquée.

Restant à votre disposition pour tout renseignement complémentaire, recevez, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Nom, Prénom et signature de l'accidenté

En effet, l'article L. 461-1, alinéa 4 du Code de la sécurité sociale stipule que « peut être également reconnue d'origine professionnelle, une maladie caractérisée, non désignée dans un tableau de maladie professionnelle, lorsqu'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime et qu'elle entraîne le décès de celle-ci ou une incapacité permanente d'un taux évalué au moins égal à un pourcentage déterminé ». Ce taux est fixé par l'article R. 461-8 du Code de la sécurité sociale. La victime doit alors prouver l'existence d'un **lien direct et essentiel** entre son activité professionnelle habituelle et la maladie incriminée.

Ce décret du 18 avril 2002 a ramené le pourcentage minimum nécessaire de 66,66 % à 25 %. Le taux pour déclassement professionnel résultant de la maladie soulevée devant le CRRMP doit être pris en compte pour l'estimation des 25 % d'IPP.

Selon l'arrêt 00-13.097 de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 19 décembre 2002, il n'est pas nécessaire que le travail habituel soit la cause unique ou

essentielle de la maladie incriminée par la victime. Ainsi, le caractère professionnel d'une maladie citée par l'assuré est admis dès lors que le travail habituel de la victime en a été une des causes directes, même si ce travail habituel n'en n'a pas été la cause unique et essentielle. Certains CRRMP demandent un lien direct et exclusif entre l'exposition professionnelle et la maladie déclarée par la victime. Ceci est contraire au texte et d'ailleurs ces dérives sont sanctionnées par la Cour de cassation. La Cour de Cassation a précisé que le mot essentiel ne signifie pas exclusif.

Pour l'année 2006, 9.014 dossiers ont été soumis au CRRMP : 8.390 au titre de l'alinéa 3 et 624 au titre de l'alinéa 4 pour l'ensemble des régimes.

4.169 dossiers ont reçu un avis favorable au titre de l'alinéa 3 soit un peu moins de 50 % des dossiers et 150 au titre de l'alinéa 4 soit un peu moins du quart des dossiers.

Ce système complémentaire de reconnaissance n'est plus basé sur le principe de la présomption d'origine

mais sur celui d'une expertise individuelle réalisée par le Comité Régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP).

La composition et le fonctionnement du CRRMP sont décrits dans les articles D. 461-26 à D. 461-30 du Code de la sécurité sociale. Ce dernier est composé du Médecin Conseil Régional de la Sécurité Sociale ou son représentant, du Médecin Inspecteur du travail ou son représentant et d'un Professeur d'université - Praticien hospitalier ou d'un praticien hospitalier « particulièrement qualifié en matière de pathologie professionnelle » et ses suppléants. Les honoraires du praticien hospitalier ou du professeur des universités correspondent à deux fois le coût de la consultation par dossier examiné dans la limite de dix fois ce coût par séance. Leurs frais de déplacement sont pris en charge dans les modalités prévues pour les agents de direction des organismes de sécurité sociale. Les frais de déplacement des autres membres du comité et de l'ingénieur conseil sont pris en charge dans le cadre de leurs fonctions habituelles. Ceux des assurés sont pris en charge dans la limite des tarifs réglementaires. Les membres du CRRMP sont désignés pour 4 ans par le Préfet de région.

Le secrétariat permanent du CRRMP est assuré par l'échelon régional du service médical de la Caisse d'assurance maladie.

La mission de ce Comité Régional est d'établir le lien de causalité entre la maladie et la travail habituel de la victime : ce lien doit être direct si l'affection relève de l'Alinéa 3 (maladie inscrite dans un tableau...), direct et essentiel si elle relève de l'Alinéa 4 (maladie non inscrite dans un tableau...).

Un rapport annuel est adressé obligatoirement au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé du travail. Un rapport intermédiaire portant sur l'activité du premier semestre est adressé au préfet de région.

Le CRRMP est saisi par la Caisse d'assurance maladie après instruction du dossier par le service médical après avis circonstancié de l'employeur et avis du médecin du travail ou directement par la victime ou par le Tribunal des affaires de sécurité sociale. Le CRRMP compétent est celui qui a pour ressort territorial l'échelon régional du service médical dans lequel se situe la résidence de la victime.

La Caisse primaire transmet au CRRMP un dossier complet comprenant en application de l'article D.461-29 du Code de la sécurité sociale :

- la demande motivée de reconnaissance du caractère professionnel de la maladie signée par la victime ou ses ayants droits, c'est-à-dire, en général, la déclaration de maladie professionnelle
- le certificat médical détaillant les constatations du médecin, encore appelé certificat médical initial
- l'avis motivé du ou des médecins du travail portant sur la maladie et la réalité de l'exposition au risque présent dans l'entreprise ou les entreprises, le rapport circonstancié du ou des employeurs décrivant les postes de travail successivement tenus et permettant d'apprécier les conditions d'exposition et risques professionnels
- les conclusions des enquêtes administratives et /ou techniques
- le rapport du service médical comportant nécessairement dans le cas des maladies relevant du 4^e alinéa de l'article L.461-1
- un rapport d'évaluation du taux d'IPP de la victime.

La Caisse primaire d'assurance maladie informe la victime ou ses ayants droits et l'employeur de la saisine du CRRMP en application du 2^e alinéa de l'article D.461-30 du Code de la sécurité sociale.

Le CRRMP entend obligatoirement l'ingénieur conseil du service de prévention de la Caisse régionale d'assurance maladie et si nécessaire la victime et/ ou l'employeur. Sur demande du CRRMP, l'ingénieur conseil régional peut fournir :

- les résultats de l'enquête technique précisant la nature des expositions auxquelles a été soumises la victime
- un rapport écrit.

Dans le cadre de l'alinéa 3, dans le cadre d'une constatation tardive d'une maladie professionnelle au-delà du délai maximal prévu par le tableau, la CRRMP fait appel au données médicales du dossier pour tenter de reconstituer l'histoire clinique qui amènera à penser que la pathologie a en fait débuté antérieurement ou encore que celle-ci est d'une telle sévérité que sa genèse peut chronologiquement être rattachée au travail. Par exemple, si une victime présente une tendinité de l'épaule et qu'un délai de prise en charge est dépassé de plusieurs semaines au lieu de sept jours requis, en fonction des caractéristiques du dossier médical, on pourra supposer que le processus pathogène ait commencé à un moment où la victime travaillait encore.

En ce qui concerne la durée minimale d'exposition, si celle-ci est insuffisante, l'avis de l'ingénieur conseil est déterminant puisqu'il est interrogé sur l'intensité et la fréquence de l'exposition au risque susceptible de provoquer la maladie, critères pouvant compenser une exposition de trop courte durée.

Lors de la transmission de certains dossiers au titre de l'alinéa 3 de l'article L.461-1 du Code de la sécurité sociale, on constate parfois que l'enquête administrative n'a pas retrouvé les travaux incriminés dans la liste par une enquête insuffisamment approfondie. En effet, très souvent l'enquête administrative consiste à soumettre un questionnaire à l'employeur puis au salarié et que s'il est conseillé d'aller enquêter sur place, les moyens matériels et humains sont souvent insuffisants face au nombre des maladies professionnelles et cette enquête contradictoire est souvent réduite à sa plus simple expression.

En effet, la Caisse n'est pas tenue d'entendre l'employeur mais peut se borner à lui envoyer un questionnaire concernant l'enquête prescrite par l'article D.461-9 du Code de la sécurité sociale pour identifier les risques auxquels le salarié peut être exposé (pourvoi n°06-11687 de la 2^e chambre civile de la Cour de cassation).

La victime qui aurait pu bénéficier de la présomption d'origine se retrouve alors dans l'obligation de prouver le lien entre sa maladie et son travail alors même qu'elle n'est pas informée du fait que la charge de la preuve lui incombe dorénavant. En effet, la victime est informée de la transmission de son dossier au CRRMP, mais la CPAM ne signale pas le fait que la victime pourrait apporter des éléments de preuves supplémentaires dont l'absence lui sera systématiquement préjudiciable.

L'article D.461-29 du Code de la sécurité sociale précise pourtant que la victime et ses ayants droits ainsi que l'employeur peuvent déposer des observations qui seront indexées au dossier soumis à l'examen du CRRMP. Un exemple typique est celui des troubles musculo-squelettiques du tableau 57 des maladies professionnelles avec une hypersollicitation où seule une étude précise de la gestuelle (amplitude, posture, répétitivité des charges déplacées ou force mise en œuvre...) permettrait de qualifier la réalité de l'exposition au risque.

Nous rappelons à ce titre que le CRRMP n'est pas obligé d'entendre la victime ou l'employeur comme le confirme l'arrêt n°01-20021 de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 31.10.02. Le CRRMP peut donc se décider sur les seuls éléments rapportés par les CPAM en ce qui concerne les données de l'exposition. Le

CRRMP peut quand même surseoir à statuer pour un complément d'enquête, mais pas systématiquement pour des questions de délais.

La Caisse d'assurance maladie doit donner un avis dans les 6 mois qui suivent le dépôt de la déclaration de la maladie professionnelle par la victime, recours au CRRMP compris. Le délai dont dispose le CRRMP pour rendre son avis s'impute donc sur les délais réglementaires d'instruction. La Caisse notifie à la victime ou à ses ayants droits et à l'employeur, si nécessaire, le recours au délai complémentaire peu de temps avant le terme du délai initial d'instruction de trois mois.

L'avis motivé est adressé à l'organisme gestionnaire qui le notifie à la victime, à ses ayants droits et à l'employeur. L'avis du CRRMP s'impose à la Caisse d'assurance maladie.

Les litiges concernant le refus de la reconnaissance du caractère professionnel de la maladie par le CRRMP relèvent du contentieux général de la Sécurité sociale.

En cas de contestation, le Tribunal des affaires de sécurité sociale désigne le CRRMP d'une région proche pour examen du dossier. Si les avis successifs de ce deux CRRMP divergent après saisine par le Tribunal des affaires de sécurité sociale, on peut donc estimer que ces deux CRRMP ont une appréciation différente du lien de causalité, une logique différente ou encore que le processus décisionnel s'est appuyé sur une démarche complémentaire bibliographique ou une enquête complémentaire auprès des services de prévention de la CRAM.

Ceci sous entendrait que le premier CRRMP s'est prononcé sur la base d'un dossier insuffisamment documenté. La logique voudrait pourtant que les avis des deux CRRMP concordent sauf à disposer d'éléments nouveaux apportés soit par l'employeur, soit par la victime.

3. Maladies à caractère professionnel

Suivant l'Article L. 461 - 6 du Code de la Sécurité Sociale il s'agit d'une maladie que le Médecin Traitant ou le Médecin du Travail considère comme d'origine professionnelle mais qui ne figure dans aucun tableau de maladies professionnelles indemnifiables.

Ces maladies n'ont pas droit à réparation au titre des maladies professionnelles indemnifiables, leur prise en charge est assurée dans le cadre de l'assurance maladie sauf si, sous certaines conditions (décès de la victime ou incapacité permanente partielle supérieure à 25 %)

elles peuvent être reconnues dans le cadre du système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles (décret n° 2002 - 543 du 18 - 4 - 2002 paru au Journal Officiel n° 94 du 21 - 4 - 2002 p 7.129).

Tout Médecin qui constate une maladie à caractère professionnel doit la déclarer à l'Inspection du Travail du Ministère du Travail en vue de permettre la révision et l'extension des tableaux de maladies professionnelles indemnifiables.

Cette qualification de maladie à caractère professionnel ne présente donc qu'un caractère sémantique car elle n'aboutit à aucune conséquence pratique, en particulier aucune indemnisation.

B. LA PROCÉDURE DE DÉCLARATION D'UNE MALADIE PROFESSIONNELLE

1. Le dépôt de la déclaration

Le patient doit effectuer lui-même la déclaration de maladie professionnelle indemnifiable auprès de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie alors qu'en matière d'accident du travail cette déclaration incombe à l'employeur. Il doit transmettre pour cela à la Caisse :

- sa propre déclaration établie sur un formulaire spécial en trois exemplaires
- deux exemplaires du certificat médical initial, le troisième étant conservé par la victime, établi par le Médecin de son choix et indiquant la maladie constatée avec la date de première constatation médicale. Le certificat médical doit indiquer les troubles et en particulier doit permettre de vérifier si l'affection entre bien dans la liste, s'est bien révélée, a été constatée médicalement dans le délai limite prévu. La date de la première constatation est celle figurant dans le certificat joint à la déclaration (Chambre Sociale de la Cour de Cassation, 11-1-1996, Revue de Jurisprudence sociale publiée par l'U.I.M.M. 96-592, p 105). (voir encadré 2)

2. Le délai de prescription

Classiquement cette déclaration doit être faite dans un délai de 15 jours après la cessation de travail par arrêt de travail (articles L.461-5, R 461-5 du Code de la Sécurité Sociale) ou dans un délai de 3 mois au lieu de 15

jours lorsqu'il s'agit d'une maladie qui devient indemnifiable par suite d'une modification ou d'une adjonction aux tableaux des maladies professionnelles, à compter de la date d'entrée en vigueur, de la modification ou de l'adjonction à ces tableaux des maladies professionnelles. Ce délai de 3 mois court à compter de l'inscription de la maladie dans un tableau si elle n'était pas répertoriée lorsqu'elle s'est manifestée; l'inscription vaut prise en charge rétroactive.

En pratique aucune déchéance ne sanctionne la non observation de ces délais, il existe cependant un délai de prescription de deux ans au-delà duquel la demande ne peut-être prise en considération. Le délai de prescription est le délai après lequel l'origine professionnelle de l'atteinte n'est plus reconnue par la caisse.

Dans tous les cas, la Caisse primaire doit rechercher le point de départ de la prescription la plus favorable à la victime en fonction de l'élément sur lequel porte la détermination du délai de la prescription (articles L.431-2 et L.461-1 du Code de la Sécurité Sociale, loi du 23 décembre 1998 parue au Journal Officiel du 27 décembre 1998) :

- délai de 2 ans à partir du jour où l'assuré a été informé par un certificat médical établi par son médecin traitant, le médecin du travail, voire le médecin hospitalier, du lien possible entre sa maladie et son activité professionnelle, la date de ce certificat médical constituant alors le point de départ des prestations de l'assuré (article L. 461-1 alinéa 1 du Code de la Sécurité Sociale; réponse ministérielle N°5.250 : Journal Officiel de la République française, débats parlementaires, Assemblée Nationale, questions écrites remises à la présidence de l'Assemblée nationale et réponses des ministres, 22 février 1999, p 1.070; Circulaire ministérielle de la direction de la sécurité sociale, sous direction de la famille, des accidents du travail et du handicap DSS/4 B parue au Bulletin officiel N°2000 - 8du Ministère de la Santé N°2000-45 du 26 janvier 2000). La date à laquelle la victime est informée du lien possible entre sa maladie et sa profession constitue un nouveau point de départ du délai de la prescription biennale de la déclaration d'une maladie professionnelle : elle se substitue à la date de la 1^{re} constatation médicale. En effet l'article L.461-1 du Code de la Sécurité sociale dispose en ce qui concerne la maladie professionnelle, que la date à laquelle la victime est informée par un certificat médical du lien possible entre sa maladie et l'activité professionnelle est assimilée à la date de l'accident. Dans ces conditions le point de départ du délai de prescription fixé par le 1^{er} alinéa

Encadré 2

Modèle de lettre de demande de dépôt d'un dossier de demande de maladie professionnelle

Nom - Prénom

Date

Adresse de l'accidenté

Monsieur le Directeur de la CPAM de
Adresse de la caisse

RECOMMANDÉE AVEC A.R.

Réf :

Objet : Déclaration de maladie professionnelle.

Monsieur le Directeur,

Je soussigné , né le

à , profession, nationalité demeurant à , vous demande, par la présente, de prendre en compte ma déclaration de maladie professionnelle conformément aux règles définies par le titre 6 du livre 4 du Code de la Sécurité Sociale.

Je vous prie de trouver, ci-joint, le formulaire Cerfa de déclaration, le certificat médical et des pièces attestant de mon exposition professionnelle.

Si par impossible mon employeur devait prétendre que je n'ai pas été exposé aux travaux énumérés dans le tableau de maladies professionnelles, je vous serais obligé, Monsieur le Directeur, de bien vouloir m'en informer dans le cadre de la procédure contradictoire.

Je considère remplir les conditions d'exposition exigées par le tableau, en cas de désaccord, soit de l'employeur, soit de vos services, je souhaite que la Caisse me notifie un refus de reconnaissance et les voies de recours.

Je me réserverais le droit de saisir le CRRMP si les instances prévues aux articles L142-1 et suivants du Code de la Sécurité Sociale ne reconnaissaient pas le bien fondé de ma demande.

Veuillez agréer, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Nom, Prénom et signature de l'accidenté

de l'article 431-2 du code de la sécurité sociale ne doit plus s'entendre comme la date de la 1^{re} constatation médicale mais comme la date du certificat médical qui informe la victime du lien possible entre sa maladie et une activité professionnelle. La date de première constatation médicale est maintenue pour l'appréciation des conditions des tableaux de maladies professionnelles. La date du certificat médical informant la victime du lien possible entre sa maladie et une activité professionnelle constitue la date à retenir comme point de départ des prestations versées par les Caisse au titre de la maladie professionnelle en cause.

A compter de décembre 1998 et cela pour tous les dossiers maladies professionnelles, amiante compris, la prescription des deux ans court à partir de la date du certificat établi par les médecins et attestant du lien possible entre une affection et une exposition profession-

nelle ce que l'on peut désigner comme la première constatation de la maladie professionnelle.

La première constatation médicale est la constatation réalisée par un médecin pour la première fois de la maladie professionnelle désignée dans le tableau.

Une constatation médicale peut faire l'objet d'une déclaration dans les semaines qui suivent.

La première consultation médicale est importante car c'est elle qui entre en jeu pour le délai de prise en charge. Elle est souvent différente de la date du certificat médical ou de la date de déclaration de la maladie professionnelle.

La date de la maladie professionnelle, qui est la date à laquelle la victime est informée de l'existence d'un lien entre sa maladie et son exposition professionnelle par le biais du certificat médical initial, vaut pour :

- le point de départ de l'indemnisation
- le point de départ de la prescription biennale concernant la déclaration.

Il conviendra en conséquence de ne pas faire de déclaration de maladie professionnelle en utilisant un certificat médical initial de plus de deux ans. La demande de reconnaissance de maladie professionnelle serait refusée car dépassant les deux ans de prescription.

L'existence de ce délai pour les maladies professionnelles, ce qui peut permettre de remonter en fait à des dizaines d'années en arrière, incite à conseiller aux salariés à garder par de par eux un maximum de documents médicaux, bien sûr les lettres de médecin ou les certificats médicaux, mais aussi les clichés radiographiques et les comptes rendus antérieurs qui peuvent servir de preuve ultérieurement en cas de demande tardive de reconnaissance de maladie professionnelle.

Dans le cas où le médecin a transmis directement le certificat médical initial à la caisse, la date du certificat et la date à laquelle la victime est informée peuvent être différentes.

Les autres points de départ du délai de la prescription biennale sont maintenus (1^{er} alinéa de l'article L.431-2 du code de la sécurité sociale).

Ces autres points de départs du délai de prescription subsistent parallèlement à la date du certificat médical informatif.

En effet, l'article L.431-2 du Code de la sécurité sociale n'est pas modifié de même que l'article L.461-5 en ce qui concerne la règle particulière de la prescription en matière de maladie professionnelle.

- délai de 2 ans à compter de la cessation du travail due à la maladie (article L.431-2 du Code de la Sécurité Sociale; Chambre Sociale de la Cour de Cassation, le 22 mai 1997, N°95-20.095, Seyer c / CPAM de Sarreguemines)
- délai de 2 ans à partir de la date de clôture de l'enquête de la Sécurité Sociale (en pratique lorsqu'une faute inexcusable est invoquée)
- délai de 2 ans à partir de la date de cessation de paiement des indemnités journalières.

3. L'instruction du dossier

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie instruit le dossier et reconnaît ou non la maladie professionnelle.

Le dossier constitué par la caisse primaire doit comprendre :

- 1^o la déclaration d'accident et l'attestation de salaire ;
- 2^o les divers certificats médicaux ;
- 3^o les constats faits par la caisse primaire ;
- 4^o les informations parvenues à la caisse de chacune des parties ;
- 5^o les éléments communiqués par la caisse régionale ;
- 6^o éventuellement, le rapport de l'expert technique.

Il peut, à leur demande, être communiqué à l'assuré, ses ayants droit et à l'employeur, ou à leurs mandataires.

Ce dossier ne peut être communiqué à un tiers que sur demande de l'autorité judiciaire (voir encadré 3).

Le traitement d'un dossier de reconnaissance de maladie professionnelle fait l'objet d'un « colloque médico-administratif » en AT/MP qui correspond à une rencontre régulièrement programmée entre un responsable AT/MP de la CPAM et un médecin conseil référent chargé du risque professionnel. Ce colloque formalise la concertation médico-administrative indispensable à l'instruction éclairée de tous les dossiers de demande de reconnaissance de maladie professionnelle et de certains dossiers d'accident de travail présentant des difficultés d'appréciation d'ordre médical. Dans le cadre du colloque médico-administratif, le médecin conseil doit établir la caractérisation de la maladie, sa conformité par rapport aux critères médicaux du tableau d'une part, et d'autre part, se prononcer sur l'imputabilité de la maladie au travail. Le service administratif des caisses, effectue lui une enquête pour établir la concordance des critères administratifs avec ceux du tableaux (délais et listes des travaux, notions d'exposition habituelle).

Ce colloque administratif est affirmé par la charte des AT/MP publiée sur le site internet des accidents du travail et des maladies professionnelles <http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr>. La charte des accidents du travail et des maladies professionnelles a été publiée dans les publications de la Caisse nationale d'assurance maladies des travailleurs salariés en février 2001 (293 pages).

La reconnaissance d'une maladie professionnelle est donc la résultante d'une instruction médico-administrative comportant des investigations sur l'exposition aux risques d'une part et sur la nature de l'affection de l'autre part. Cette instruction aboutit à une seule décision préparée en commun. Le colloque médico-administratif

Encadré 3

Modèle de lettre de demande de communication du dossier en possession de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la maladie professionnelle de la victime

Nom - Prénom
Adresse de l'accidenté

Date

CPAM
Service AT-MP
Et/ou échelon médical
Adresse de la caisse

RECOMMANDÉE AVEC A.R.

Réf :

Objet : Demande de la copie du dossier

Monsieur le Chef de Service,

Je soussigné M., profession, de nationalité né le..... à , demeurant à , vous demande, par la présente et conformément à l'article R. 441-13 du Code de la sécurité sociale, une copie de l'entier dossier en votre possession concernant mon accident du travail, ma maladie professionnelle du(pièces médicales et administratives).

Veuillez agréer, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Nom, Prénom et signature de l'accidenté

nistratif est systématique en matière de reconnaissance d'une maladie professionnelle.

A l'issue de la période d'instruction du dossier il permet de confronter les résultats respectifs de l'instruction médicale et de l'instruction administrative et d'arrêter la décision en commun :

- prise en charge de la maladie professionnelle
- refus avec motivation de la décision et indication de la voie de recours.

Si la caisse rejette une demande de prise en charge au titre des maladies professionnelles, elle doit, dans son refus, indiquer que ce dossier a été instruit dans le cadre du système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles mais qu'il ne peut être soumis à l'examen du comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles au titre de l'article L.461-1, 4^e alinéa, du Code de la sécurité sociale, car, selon l'avis du médecin conseil, la victime présente une IPP dont le taux est inférieur à 25 %.

Elle doit également indiquer la voie de recours qui est de saisir le tribunal du contentieux de l'incapacité. En effet, parfois certaines caisses se limitent uniquement à une information de refus sans informer que le dossier a été examiné au titre du 4^e alinéa de l'article L.461-1 du Code de la sécurité sociale et sans citer cette voie de recours

- transmission au CRRMP au titre du système complémentaire pour le 3^e ou le 4^e alinéa de l'article L.461-1 du code de la sécurité sociale. Il est donc à noter que la caisse primaire doit si nécessaire transmettre le dossier de demande de la maladie professionnelle au CRRMP.

Il arrive malheureusement parfois que le dossier ne soit pas transmis au CRRMP et que la caisse se contente d'un refus de la demande de maladie professionnelle sans tenir compte du système complémentaire. La victime peut alors écrire par lettre recommandée à la caisse primaire en arguant de cette charte AT/MP et de la possibilité de transmettre ce dossier au système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles.

nelles. Si elle se heurte à un refus persistant, elle peut alors porter l'affaire devant le tribunal des affaires de sécurité sociale, exiger le traitement du dossier dans le système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles.

La Caisse dispose de 3 mois pour se prononcer sur le caractère professionnel ou non de la maladie (décret du 27 avril 1999 paru au Journal Officiel du 29 avril 1999). La procédure est applicable à partir du 30 juin 1999. Cette nouvelle procédure s'applique aussi bien aux lésions initiales susceptibles d'être reconnues comme étant d'origine professionnelle qu'aux nouvelles lésions apparues après guérison ainsi qu'aux rechutes. (article R. 441-10 du Code de la Sécurité Sociale, circulaire de la CNAMTS N°18-99 du 20 mai 1999, circulaire de la direction de la sécurité sociale N°99-316 du 1^{er} juin 1999).

Ce délai court à compter de la date à laquelle la Caisse primaire a reçu la demande de maladie professionnelle de l'assuré. Ce délai de 3 mois pour l'instruction de la reconnaissance d'une demande de maladie professionnelle commence à courir à compter de la date apposée sur la déclaration par le tampon dateur de la Caisse.

Si la Caisse estime que le cas de l'assuré est complexe, elle dispose d'un délai supplémentaire de 3 mois auquel cas, elle doit informer préalablement par lettre recommandée avec accusé de réception, l'assuré.

A l'issue de ces 3 mois ou 6 mois, si l'assuré n'obtient pas de réponse, le caractère professionnel de sa maladie est présumé reconnu (voir encadré 4).

Il est à signaler toutefois que lorsque la Caisse primaire en cas de maladie hors tableau saisit le comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles

(la maladie figure sur un tableau où l'assuré ne remplit pas toutes les conditions requises, la maladie n'est pas inscrite sur un tableau mais a entraîné une IPP partielle d'au moins 25 %), si la Caisse primaire en informe l'assuré, elle dispose d'emblée de 6 mois sans qu'elle ait besoin de notifier le recours au délai supplémentaire (circulaire de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés du 20 mai 1999). Le Comité Régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) lorsqu'il est saisi par la Caisse primaire d'assurance maladie, dispose d'un délai initial de 4 mois puis d'un délai supplémentaire de 2 mois en cas d'examen ou d'enquête complémentaire.

Ces délais s'imputent sur les délais d'instruction dont dispose la Caisse primaire d'assurance maladie (articles L. 461-1, R. 441-14 alinéa 2 et D.461-30 du Code de la

Sécurité Sociale, circulaire de la CNAMTS N°18-99 du 20 mai 1999, circulaire de la direction de la Sécurité Sociale N°99-316 du 1^{er} juin 1999).

La même procédure et le même délai sont applicables aux salariés agricoles mais ne s'appliquent qu'aux déclarations déposées à partir du 8 mars 2000 (décret du 6 janvier 2000 paru au Journal Officiel du 7 janvier 2000).

Le délai maximal de traitement du dossier par le CRRMP est de six mois. Si ce délai est dépassé, la maladie professionnelle est reconnue d'office.

Si ce délai de six mois est dépassé, et qu'ensuite la victime est confrontée à un refus du CRRMP, la victime peut entamer un contentieux car le délai de six mois a été dépassé. Ce contentieux est entamé au niveau du TASS qui normalement confirme la reconnaissance implicite de la maladie professionnelle.

Au cours de l'instruction, la Caisse doit informer la victime sur la procédure d'instruction et sur les points susceptibles de lui faire grief (article R. 441-11 du Code de la Sécurité Sociale, circulaire de la CNAMTS N°18-99 du 20 mai 1999). La Caisse doit notifier sa décision motivée à la victime et à ses ayant droits sous pli recommandé avec demande d'avis de réception (article R. 441-14 du Code de la Sécurité Sociale, circulaire de la CNAMTS N°18-99 du 20 mai 1999, circulaire de la direction de la Sécurité Sociale N°99-316 du 1er juin 1999.)

La Caisse doit également informer l'employeur de son éventuel refus en lui adressant un double de la notification qu'elle a envoyée à la victime. Le médecin traitant est lui aussi informé de la décision de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

La date à laquelle la victime est informée par un certificat médical du lien possible entre sa maladie et une activité professionnelle est assimilée à la date de la maladie professionnelle (Article L.451-1 du Code de la sécurité sociale).

C. L'INDEMNISATION DES MALADIES PROFESSIONNELLES

1. Cas général

La procédure d'indemnisation est identique à celle des accidents du travail (article L.431-1 du Code de la Sécurité Sociale).

Encadré 4

Modèle de lettre de demande de reconnaissance d'une maladie professionnelle du fait du dépassement du délai d'instruction imparti à la Caisse Primaire pour statuer sur une demande de maladie professionnelle.

Nom - Prénom
Adresse de l'accidenté

Date

Monsieur le Directeur de la CPAM

RECOMMANDÉE AVEC A.R.

Réf : Notification de votre Organisme du

Objet : Reconnaissance d'une maladie professionnelle Tableau....

Monsieur le Directeur,

Je soussigné, profession, de nationalité né le

à, conteste, par la présente, la décision de votre organisme, qui m'a été adressé le

Le décret 99-323 du 27 avril 1999, dans son article 3, paragraphe II, imposait à votre organisme de statuer dans un délai de 90 jours, à compte de la déclaration faite le Or, votre courrier précisant votre décision m'a été notifié qu'après le délai légal.

En conséquence, je demande la reconnaissance de fait du caractère professionnel de ma maladie.

Si pour une raison qui m'est inconnue, vous maintiendriez votre décision de saisir la CRRMP (notifiée le), je vous demande de transmettre ma requête à la Commission de Recours Amiable de votre organisme.

Je vous prie, Monsieur le Chef de Service, de prendre ma demande en considération.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de mes salutations distinguées.

Nom, Prénom et signature de l'accidenté

Le taux d'incapacité permanente est déterminé d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques ou mentales, les aptitudes, la qualification professionnelle de la victime, en tenant compte d'un barème indicatif d'invalidité annexé au Code de la Sécurité Sociale (articles L 434-2 et R 434-5 du Code de la Sécurité Sociale).

Le barème indicatif de référence d'invalidité - maladies professionnelles est par contre différent du barème indicatif de référence d'invalidité - accidents du travail.

Ce barème a été publié au Journal Officiel du 2 juillet 1999 (Edition des documents administratifs du Journal Officiel de la République Française page 1 à 11 en annexe au décret n° 99-323 du 27 avril 1999 paru au Journal Officiel du 2 juillet 1999 page 9751).

Le barème indicatif de référence d'invalidité - maladies professionnelles n'est applicable que depuis la publi-

cation du décret n° 99-323 du 27 avril 1999 aux J.O. des 29 avril et 2 juillet 1999 page 9751.

On peut se le procurer auprès du Journal Officiel : 26, rue Desaix, 75727 Paris Cedex 5. Il peut aussi être obtenu auprès de l'U.C.A.N.S.S. Tour Maine Montparnasse, 44, avenue du Maine - Boîtes 45 et 46 - 75755 Paris Cedex 15, ou peut être consulté sur le site internet : www.ucanss.fr.

2. Cas particuliers de l'indemnisation des pneumoconioses sauf l'amiante

Sera exclue de ce chapitre, l'indemnisation de l'exposition de l'amiante qui fera l'objet du chapitre suivant. Les pneumoconioses se définissent comme les maladies énumérées aux tableaux des maladies professionnelles suivants :

- Tableau n°25 (maladie provoquée par l'inhalation de poussières de silice libre ou silicose).
- Tableaux N°30 et 30 bis (maladies provoquées par l'inhalation de poussières d'amiante ou asbestose).
- Tableaux N°44 et 44 bis (maladies provoquées par l'inhalation de poussières ou de fumée d'oxyde de fer)
- Tableau N°44 : affections non cancéreuses consécutives à l'inhalation de poussières ou de fumées d'oxyde de fer (sidérose).
- Tableau N°44 bis : affections cancéreuses consécutives à l'inhalation de poussières ou de fumées d'oxyde de fer.
- Tableau N°91 : bronchopneumopathie chronique obstructive du mineur de charbon (maladie provoquée par les travaux au fond dans les mines de charbon).
- Tableau N°94 : bronchopneumopathie chronique obstructive du mineur de fer (maladie provoquée par les travaux au fond dans les mines de fer).

La déclaration de la maladie doit être effectuée par l'assuré social dans les délais habituels des maladies professionnelles.

La première constatation médicale intervient après un examen radiologique des poumons et le cas échéant tout examen complémentaire utile, sauf en cas de décès de la victime (article D.461-7 du Code de la sécurité sociale).

Le médecin conseil du service du contrôle médical de la Caisse primaire, au moment de l'instruction de la demande, détermine s'il y a lieu de solliciter l'avis d'un médecin sapiteur (article D.461-8 du Code de la sécurité sociale), c'est-à-dire spécialiste ou compétent en pneumologie ou d'un médecin du travail possédant des connaissances particulières dans le domaine des pneumoconioses. (décret 99-746 du 31 août 1999 paru au Journal Officiel du 2 septembre 1999).

Ce même décret a supprimé le système du collège des 3 médecins. Compte tenu des délais d'instruction strictement limités, le recours à l'avis d'un médecin sapiteur ne doit en aucun cas être systématique mais motivé par la nécessité de résoudre des difficultés d'ordre médical. Le médecin spécialiste compétent examine le malade, soit à son cabinet, soit dans un centre d'études des pneumoconioses public ou privé, soit dans un établissement hospitalier public ou privé participant au service public hospitalier (article D.461-11 1^{er} alinéa du Code de la sécurité sociale).

Ce même médecin peut prescrire la mise en observation avec hospitalisation du malade pendant une période maximale de 3 jours exceptionnellement portée à 5 jours en cas d'examens complémentaires médicalement justifiés (article D.461-11 2^e alinéa du code de la sécurité sociale).

Dans le cadre de la reconnaissance du caractère professionnel d'un décès, la caisse doit faire procéder à une autopsie si les ayants droits le sollicitent ou lorsque la caisse l'estime utile à la manifestation de la vérité. Elle doit avoir alors recueilli l'accord des ayants droits (article L.442-4 du Code de la sécurité sociale qui s'applique en fait pour toutes les maladies professionnelles).

La pratique de l'autopsie doit être confiée à un médecin possédant une compétence particulière en matière de pneumoconiose (article D.461-16, 2^e alinéa du code de la sécurité sociale). La procédure de prélèvement et d'analyse des poumons est décrite dans l'article D.461-16 3^e alinéa du Code de la sécurité sociale. En cas de contestation d'un rejet d'ordre médical, il est fait application des articles L.441-1 et L.441-3 du Code de la sécurité sociale.

La Caisse primaire transmet une copie de la déclaration et du certificat médical initial à l'inspecteur du travail chargé de la surveillance de la ou des entreprises dans laquelle un travailleur a pu être exposé au risque.

Ce fonctionnaire fait part dans un délai d'un mois de ses observations à la Caisse.

La procédure de réparation des pneumoconioses s'est donc depuis ce décret N°99-746 du 31 août 1999 largement alignée sur celles des autres maladies professionnelles.

Une indemnité spéciale est accordée aux travailleurs atteinte d'une pneumoconiose lorsque le changement d'emploi est justifié par la nécessité de prévenir une aggravation de son état et que le salarié ne bénéficie, ni d'une indemnité en capital, ni d'une rente (article L.461-8 et D.461-17 du Code de la sécurité sociale).

3. Cas particuliers de l'indemnisation des victimes de l'amiante

a. *Les personnes concernées par l'indemnisation*

aa. *Les victimes d'une maladie professionnelle*

Actuellement, on distingue deux tableaux de maladie professionnelle, à savoir pour les salariés dépendant

d'une Caisse primaire d'assurance maladie des travailleurs salariés :

- le tableau n°30 des maladies professionnelles, il se définit comme des affections professionnelles consécutives à l'inhalation de poussière d'amiante : asbestose (lésion pleurale bénigne, dégénérescence maligne broncho-pulmonaire compliquant les lésions pulmonaires ou pleurales bénignes, mésothéliome malin primitif de la plèvre, du péricarde ou du péritoine, autres tumeurs pleurales primitives)
- le tableau n° 30 bis : cancers broncho-pulmonaires provoqués par l'inhalation de poussières d'amiante (survenant en l'absence d'une autre atteinte pleuro-pulmonaire due à l'amiante).

bb. Les travailleurs salariés exposés à l'amiante

— Il s'agit des salariés qui travaillent ou ont travaillé dans l'un des établissements figurant sur une liste publiée au Journal Officiel (arrêté du 29 - 3 - 1999 du Journal Officiel du 31 mars 1999, liste réactualisée par les arrêtés du 21-7-99 publié au Journal Officiel du 27 - 7 - 1999, du 3 juillet 2000 publié au Journal Officiel du 16 juillet 2000, du 12-10-2000 publié au Journal Officiel du 19 - 10 - 2000, du 19-3-2001 publié au Journal Officiel du 31 - 3 - 2001, du 1-8-2001 publié au Journal Officiel du 4 - 9 - 2001, du 24-4-2002 publié au Journal Officiel n ° 105 du 5-5-2002 p 8.668, du 12-8-2002 publié au Journal Officiel du 29-8-2002 p 14.336, du 12 - 8 - 2002 paru au Journal Officiel n ° 201 p 14.336 du 29 - 8 - 2002, 25 - 3 - 2003 publié au Journal Officiel n° 86 du 11 - 4 - 2003 p 6.394, du 30 - 6 - 2003 publié au Journal Officiel n ° 158 du 10 - 7 -2003 p 11.698), il n'est pas nécessaire qu'ils aient été directement impliqués dans le processus de fabrication, ou de traitement de l'amiante (circulaire de la direction de la Sécurité Sociale du 9 juin 1999).

— Cette liste a été étendue :

- aux salariés d'établissement de fabrication, flocage et de calorifugeage à l'amiante, (liste fixée par arrêté du 3 juillet 2000, publiée au Journal Officiel du 16 juillet 2000, lequel arrêté du 3 juillet 2000 modifié par les arrêtés du 12 - 10 -2000, 19 - 03 -2001, 01 - 08 -2001, 24 - 04 -2002, 12 - 08 -2002, 25 - 03 - 2003, 30 - 06 -2003, 06 - 02 -2004, 21 - 09 -2004, 25 - 11 -2004, 25 - 03 -2005, 30 - 09 -2005, 02 - 06 -2006 publié au Journal Officiel du 06 - 07 - 2006, 19 - 07 -2006, 06 - 11 -2006, 05 - 01 -2007, du 02

- 3 -2007 publié au Journal Officiel du 15 - 3 - 2007, du 07 - 3 -2007, du 26 - 04 -2007, du 03 - 05 -2007, du 25 -07 -2007, 04 - 09 -2007 publié au Journal Officiel du 13 - 09 - 2007, du 13 - 09 -2007 publié au Journal Officiel du 21 - 09 - 2007, du 30 - 10 - 2007 publié au Journal Officiel du 08 - 11 - 2007, du 30 - 10 -2007 publié au Journal Officiel du 29 - 11 - 2007, du 30 - 10 -2007 publié au Journal Officiel du 06 - 12 - 2007, du 30 - 10 -2007 publié au Journal Officiel du 12 - 12 - 2007, du 22 - 11 -2007 publié au Journal Officiel du 01 - 12 - 2007, du 15 - 10 -2008 publié au Journal Officiel du 23 - 05 - 2008, du 03 - 09 - 2008 publié au Journal Officiel du 10 -09 -2008 p 14.069, du 03 - 09 - 2008 publié au Journal Officiel du 10 -09 -2008 p 14.070, du 12 - 10 - 2009 publié au Journal Officiel du 20 -10 -2009 p 17.419)

- aux salariés ou anciens salariés des entreprises de construction et de réparation navale ayant exercé certains métiers utilisant des matériaux contenant de l'amiante (liste fixée par arrêté du 7 juillet 2000 publié au Journal Officiel du 22 juillet 2000 p 11.290, lequel arrêté du 7 juillet 2000 modifié par les arrêtés du 19 - 3 -2001 publié au Journal Officiel du 31 - 3 - 2001, du 28 - 9 - 2001 publié au Journal Officiel du 21 - 10 - 2001, du 11 - 12 - 2001 publié au Journal Officiel du 20 - 12 - 2001, du 24 - 4 - 2002 publié au Journal Officiel n ° 105 du 5-5-2002 p 8.669, du 12 - 8 - 2002 paru au Journal Officiel n ° 201 p 14.338 du 29 - 8 - 2002, du 25 - 3 - 2003 publié au Journal Officiel n° 90 du 16 - 4 - 2003 p 6.730, du 30 - 6 - 2003 publié au Journal Officiel n ° 158 du 10 - 7 -2003 p 11.697, du 21 - 09 - 2004, du 25 - 03 - 2005, du 30 - 09 - 2005, du 02 - 6 - 2006 publié au Journal Officiel du 06 - 7 - 2006, du 05 - 01 - 2007, du 02 - 03 - 2007 publié au Journal Officiel du 15 - 03 -2007, du 16 - 03 - 2007 publié au Journal Officiel du 05 -04 -2007, du 04 -09 - 2007 publié au Journal Officiel du 13 -09 -2007, du 13 - 09 - 2007 publié au Journal Officiel du 21 -09 -2007, du 30 - 10 - 2007 publié au Journal Officiel du 29 -11 -2007, du 22 - 11 - 2007 publié au Journal Officiel du 01 -12 -2007, du 15 - 05 - 2008 publié au Journal Officiel du 23 -05 - 2008, du 03 - 09 - 2008 publié au Journal Officiel du 10 -09 -2008 p 14.071, du 03 - 09 - 2008 publié au Journal Officiel du 10 -09 -2008 p 14.069, du 03 - 09 - 2008 publié au Journal Officiel n° 0278 du 29 - 11 - 2008 p 18.231, du 12 - 10 - 2009 publié au Journal Officiel n° 0243 du 20 - 10 - 2009 p 17.417).

Les dockers professionnels travaillant pendant une certaine période ayant manipulé des sacs d'amiante dans certains ports (cf liste ci-dessous) ont été reconnus exposés à l'amiante (article 36 de la loi n° 99 - 1140 du 29 - 12 - 1999 de financement de la Sécurité Sociale pour 2000 publiée au Journal Officiel n° 302 du 30 - 12 - 1999 modifiant le paragraphe I de l'article 41 de la loi n° 98 - 1194 du 23 - 12 - 1998 de financement de la Sécurité Sociale pour 1999 publiée au Journal Officiel n° 300 du 27 - 12 - 1998). Le bénéfice de la reconnaissance de

cette exposition à l'amiante a été étendu aux dockers professionnels travaillant dans certains ports pendant une certaine période ayant manipulé de l'amiante au lieu de seulement des sacs d'amiante (article 45 de la loi n° 2001 - 1246 du 21 - 12 - 2001 de financement de la Sécurité Sociale pour 2002 modifiant le sixième alinéa du paragraphe I de l'article 41 de la loi n° 98 - 1194 du 23 - 12 - 1998 de financement de la Sécurité Sociale pour 1999 publiée au Journal Officiel n° 300 du 27 - 12 - 1998). La liste des ports susceptibles d'ouvrir droit à l'allocation de cessation anticipée des travailleurs de l'amiante en faveur des dockers professionnels a été fixée par arrêté du 7 juillet 2000 publié au Journal Officiel du 22 juillet 2000 p. 11. 298, modifié par les arrêtés 12 - 10 - 2000 publié au Journal Officiel du 18 - 10 - 2000, du 28 - 3 - 2002 publié au Journal Officiel du 18 - 4 - 2002 p 6.830, du 30 - 4 - 2002 publié au Journal Officiel du 4 - 5 - 2002 p 8.370, du 24 - 10 - 2005 publié au Journal Officiel du 29 - 10 - 2005, du 28 - 06 - 2006 publié au Journal Officiel du 07 - 07 - 2006.

Les acquis accordés aux dockers ont été élargis à l'ensemble des personnels portuaires (et non plus les seuls dockers) qui assuraient la manutention de l'amiante et non plus seulement des sacs d'amiante (articles 44 et 45 de la loi n° 2001 - 1246 du 21 - 12 - 2001 de financement de la Sécurité Sociale pour 2002 modifiant les cinquième et sixième alinéa du paragraphe I de l'article 41 de la loi n° 98 - 1194 du 23 - 12 - 1998 de financement de la Sécurité Sociale pour 1999 publiée au Journal Officiel n° 300 du 27 - 12 - 1998). La liste des ports concernés pour les personnels portuaires est la même que celle des dockers.

cc. Les autres victimes

Il s'agit en fait de toute personne ayant subi un préjudice résultant directement d'une exposition à l'amiante sur le territoire français, par exemple, les artisans n'ayant pas de couverture sociale contre les risques de maladie

professionnelle, mais également les usagers du service public (ainsi, les étudiants de la faculté de Jussieu à Paris, etc.).

b. Les modalités d'indemnisation

Les différents systèmes d'indemnisation peuvent éventuellement se cumuler, comme nous le verrons ci-dessous.

aa. L'indemnisation des victimes suivant le régime des maladies professionnelles dans le cadre d'une exposition à l'amiante

La personne qui au cours de son activité salariée a été exposée à l'amiante, peut demander à bénéficier d'une surveillance médicale prise en charge par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, comprenant l'examen clinique, une radiographie du thorax et éventuellement une exploration fonctionnelle respiratoire tous les deux ans.

L'intéressé doit alors fournir à la CPAM une attestation d'exposition remplie par l'employeur et le médecin du travail.

α. La reconnaissance d'une maladie professionnelle occasionnée par l'exposition à l'amiante

Elle suit le régime classique des maladies professionnelles en suivant le cas particulier des pneumocoïnoses.

L'intéressé doit déposer une déclaration à la Caisse primaire d'assurance maladie, accompagnée d'un certificat médical descriptif établi par un médecin. Une particularité pour les victimes de l'amiante réside dans la suppression du délai de prescription de deux ans, concernant l'ouverture des droits en matière de maladie professionnelle. Les demandes de réouverture des droits aux prestations et aux indemnités des personnes atteintes d'une des maladies consécutives à l'inhalation des poussières d'amiante ne sont recevables que pour les affections dont la date de la 1^{re} constatation médicale se situe entre le 1^{er} - 01 - 1947 et le 29 - 12 - 1998.

Il est donc maintenant possible à toute victime de l'amiante de réclamer la prise en charge de sa maladie en tant que maladie professionnelle à tout moment. Cet avantage avait été accordé à titre provisoire par la loi du 23 décembre 1998 parue au Journal Officiel du 27 décembre 1998, modifiée par la loi de financement de

la Sécurité Sociale pour l'an 2000. L'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 avait initialement fixé la durée d'application de la mesure à 2 ans. L'article 35 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 a porté cette durée à 3 ans. Cet avantage vient d'être pérennisé par la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2001 (loi N°2001-1246 du 21 décembre 2001 parue au Journal Officiel N°99 du 26 décembre 2001 p. 20.552 dans son article 49, relatif aux droits des salariés victimes de l'amiante). L'article 49-II de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 a supprimé tout délai pour la formulation des demandes.

Le champ d'application de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale de 1999, s'applique y compris en cas de faute inexcusable. La loi n°98-1194 du 23.12.1998 rouvre une possibilité de mise en cause pour faute inexcusable de l'employeur devant la juridiction de sécurité, soit que le recours n'ait pas été exercé, soit que celui-ci ait été rejeté pour dépassement du délai de prescription.

Ainsi toute victime qui dispose d'un certificat médical rédigé entre le 01.01.47 et le 29.12.98 et décrivant une maladie liée à l'amiante peut à tout moment invoquer la reconnaissance de la faute inexcusable de son employeur sans qu'aucun délai de prescription ne lui soit imposé.

Lorsque la maladie professionnelle a été reconnue en temps utile, mais que la faute inexcusable est instruite dans le cadre de l'article 40 le point de départ de la majoration de la rente si situe également au jour de la demande effectuée par la victime (arrêt n°02-30905 du 21.09.04 de la 2^e chambre civile de la Cour de cassation).

Il convient néanmoins de souligner que les droits des victimes ne sont pas rétroactifs et ne prendront effet qu'à la date du dépôt de la demande (circulaire de la direction de la Sécurité Sociale du 26 janvier 2000). Lorsque l'origine professionnelle de la maladie est reconnue par la caisse, le droit aux prestations prend effet au plus tôt à la date de dépôt de la demande faite au titre de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale de 1999 qui permet la réouverture des droits aux prestations et indemnités des personnes atteintes d'une des maladies consécutives à l'inhalation des poussières d'amiante.

Cas particulier des mésothéliomes : le caractère habituel de l'exposition n'est pas déterminant et une exposition professionnelle même ponctuelle est suffisante pour admettre son origine professionnelle.

La reconnaissance est établie par le médecin conseil, il détermine s'il y a lieu de solliciter un avis d'un médecin spécialiste ou compétent en pneumologie ou en médecine du travail possédant des connaissances particulières dans le domaine des pneumoconioses (le décret N°99-746 du 31 août 1999 a supprimé le recours systématique aux médecins agréés en pneumoconioses et le collège des 3 médecins).

Seule la pleurésie exsudative isolée parmi les affections désignées au tableau n°30 et 30 bis est susceptible de guérir.

Les fibroses (asbestose, plaques pleurales, épaississements pleuraux) étant le plus souvent d'évolution lente, on peut admettre qu'elles soient consolidées à la date du certificat médical qui fait le lien entre la maladie et l'activité professionnelle (certificat médical initial) en l'absence de complication évolutive en cours.

Les affections graves évolutives (cancers bronchopulmonaire et mésothéliomes) peuvent être consolidées

- lorsque la victime ne perçoit pas d'indemnité journalière (en particulier les retraités) à la date du certificat médical initial
- lorsque la victime perçoit des indemnités journalières dès que son état n'est plus susceptible d'être amélioré d'une façon appréciable et rapide par un traitement médical approprié.

Si les délais de prise en charge ou d'exposition ne sont pas respectés ou si le métier ne figure pas dans la liste, le dossier sera soumis au comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP).

La victime peut se retrouver confrontée à plusieurs types de situation.

La première situation : la victime n'a jamais formulé de demande. Le dossier est instruit par la Caisse de la Sécurité Sociale quelle que soit la date où la victime a été exposée comme il a déjà été dit plus haut.

La deuxième situation : la victime avait présenté une demande qui avait été rejetée par la Caisse parce que cette demande était tardive et donc prescrite, le dossier sera rouvert et examiné.

Troisième situation : la première demande formulée par la victime avait été rejetée pour une autre raison que pour la prescription.

Le dossier sera alors complètement revu par la Caisse.

Quatrième situation : après le rejet de sa demande initiale, la victime a exercé un recours qui a échoué.

Le dossier sera alors réexaminé par la Caisse. D'une manière générale, la prise en charge du dossier sera égale en traitement entre les personnes qui se sont inclinées par le passé, devant un refus de la Caisse et celles qui au contraire, avaient choisi d'ouvrir un contentieux.

Par ailleurs, dans la fonction publique, le caractère de maladie contractée en service a été reconnu pour les pathologies liées à l'amiante par des commissions de réforme mais aussi parfois après recours devant les juridictions administratives (Cour administrative d'appel de Paris, 22 mars 2001, AJDA, 20 novembre 2001, p.978). Il s'agissait d'un professeur de lycée professionnel atteint d'un cancer broncho-pulmonaire et ayant travaillé plusieurs années dans un atelier traité par flottage de sécurité contre l'incendie.

β. Les droits accordés aux patients victimes d'une maladie professionnelle occasionnée par l'exposition à l'amiante

Une indemnité spéciale est accordée au travailleur atteint d'affection professionnelle consécutive à l'inhalation de poussière d'amiante lorsque le changement d'emploi est nécessaire pour prévenir une aggravation de son état et que les conditions exigées pour le salarié puisse bénéficier d'une rente ne sont pas remplies (article L.461-8 du code de la sécurité sociale).

β1. Droits aux prestations de la Sécurité Sociale

Il s'agit des droits classiques aux prestations de la Sécurité Sociale concernant toutes les maladies professionnelles : indemnités journalières, des rentes, du remboursement intégral des soins.

β2. Le recours à l'indemnisation complémentaire pour faute inexcusable de l'employeur

Ce recours se base sur l'arrêt de la Cour d'Appel de Dijon du 12 octobre 1999 contre la société Eternit. Les juges ont argumenté l'existence d'une faute inexcusable sur le fait que l'employeur avait connaissance du danger puisque le tableau N°30 des maladies professionnelles dues à l'inhalation des poussières d'amiante a été créé en 1945 et que d'autre part la Caisse Régionale d'Assurance Maladie avait adressé à l'employeur depuis, plusieurs recommandations sur les moyens de protection et d'information du personnel.

L'employeur n'avait pris aucune mesure de protection collective ou de protection collective ou individuelle pour le personnel. Les juges ont de plus considéré que l'employeur ne pouvait arguer du fait qu'il n'exista

aucune réglementation spécifique avant le décret du 17 août 1977, date de la première réglementation française visant à limiter l'exposition à ce matériau car la justice estime que tout employeur est assujetti à une obligation générale de sécurité (articles L. 230-1 et suivants du Code du travail) dont les premières dispositions datent de 1893 et 1894.

6 nouveaux arrêts rendus par la Cour de cassation le 28 février 2002 contre les sociétés Valéo, Textar, Asco-métal, Eternit, Evrite et Sollac confirment l'existence d'une faute inexcusable même si les faits remontaient à plus de 50 ans avant donc la création du tableau N°30 des maladies professionnelles, reconnaissant la nature professionnelle de l'asbestose. En effet, la Cour de Cassation a relevé qu'il existait à l'époque une réglementation visant à protéger les salariés contre les effets des poussières et que donc les employeurs auraient dû prendre le maximum de précaution.

bb. Le recours à la procédure pénale

α. Le dépôt d'une plainte classique

Les plaintes pour homicides involontaires sont basées sur l'article 221-6 du Nouveau Code Pénal qui stipule que « le fait de causer par maladie, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement, la mort d'autrui, constitue un homicide involontaire puni de trois ans d'emprisonnement et de 45.000 € d'amende ». « En cas de violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de sécurité ou de prudence les peines encourues sont portées à 5 ans, d'emprisonnement et à 75000 € d'amende ».

L'action pénale peut également se baser sur le délai de mise en danger d'autrui : « le fait d'exposer directement autrui à un risque immédiat de mort ou de blessures graves de nature à entraîner une mutilation, une infirmité permanente par la violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de sécurité ou de prudence, est puni d'un an d'emprisonnement et de 15.000 € d'amende ».

Une plainte peut être instruite pour « crime d'empoisonnement, ou voie de fait ayant entraîné la mort, homicide involontaire, coups et blessures involontaires, abstention délictueuse », etc.). Des poursuites pénales ont été engagées vis-à-vis des employeurs, visant à une condamnation de l'employeur en tant que personne physique mais aussi de l'entreprise en tant que personne morale. Il faut alors démontrer une infraction au

code du travail. Il existe une obligation générale de sécurité (art L.230-2 du code du travail), mais aussi des obligations particulières de sécurité ou de prudence imposées par la loi ou le règlement spécifique à tel ou tel risque.

Il est à noter néanmoins que la loi du 10 juillet 2000 parue au Journal Officiel du 11 juillet 2000 donne une nouvelle définition du délit non intentionnel (faute d'imprudence) qui protège non seulement les élus locaux mais les aussi les chefs d'entreprise. Elle écarte en effet la responsabilité pénale de l'auteur de la faute lorsque celle-ci n'est pas la cause directe du dommage à moins que ladite faute soit d'une particulière gravité (article L. 121-3 du Code pénal). Cette loi présente néanmoins le mérite de dissocier la faute pénale d'imprudence de la faute civile. Ainsi, la relaxe devant une juridiction pénale n'empêchera pas la victime de s'adresser à une juridiction civile pour faire reconnaître la réalité de la faute inexcusable de l'employeur et bénéficier ainsi d'une indemnisation plus large.

L'arrêt du 16 septembre 2003 a consacré la dualité des fautes civile et pénale non intentionnelles (cass 2^e civ. 16 septembre 2003, Dalloz, 2004, comm. p.721-4, note de P. Bonfils). Concernant le responsabilité des personnes physiques, l'absence de faute pénale non intentionnelle n'exclut pas que le juge civil retienne une faute d'imprudence. La relaxe au tribunal correctionnel n'empêche pas l'exercice d'une action devant les juridictions civiles afin d'obtenir la réparation d'un dommage.

β. Le recours devant la Cour de justice de la République

Certaines familles de victimes ont été plus loin, à la recherche d'une véritable sanction des décideurs et ont déposé plainte le 16 août 2000 devant la Cour de justice de la République contre 13 ministres chargés de la réglementation relative à l'amiante de 1976 à 1996. Il s'agit ici d'une procédure au pénal. La commission des requêtes de la Cour a décidé, le 7 décembre 2000, de les classer sans suite considérant qu'elles étaient « sans élément de nature à caractériser un crime ou un délit commis, au titre de l'exposition à l'amiante, par les ministres qu'elle visent ».

γ. Le recours devant la Commission d'Indemnisation des Victimes d'Infraction (CIVI)

Le principe de son fonctionnement est détaillé dans le chapitre consacré à l'indemnisation des victimes d'infraction.

On rappellera uniquement que les commissions peuvent indemniser intégralement les dommages résultant d'une infraction pénale sans qu'un procès soit nécessaire, y compris si les faits incriminés sont prescrits. (circulaire du 27 décembre 1990).

Il y a théoriquement prescription si la demande d'indemnisation est faite plus de 3 ans après l'infraction. Mais la Commission peut relever le demandeur de cette prescription et permettre ainsi un recours. Théoriquement, au delà de cette durée de 3 ans à compter de la date de l'infraction, la victime ne pourra plus prétendre à une indemnité devant la CIVI sauf si l'infraction fait l'objet de poursuite pénale, le délai de 3 ans n'expirant qu'un an après que la décision pénale soit devenue définitive. Néanmoins, la CIVI dispose du pouvoir de relever le demandeur de la forclusion lorsque ce dernier « n'a pas été en mesure de faire valoir ses droits dans les délais requis ou lorsqu'il a subi une aggravation de son préjudice ou pour tout autre motif légitime » (article 706-5 du Code de procédure pénale et articles 643 et suivants du Nouveau Code de procédure civile).

La forclusion de la victime se définit par la déchéance du droit d'action qui sanctionne toute partie au procès en cas d'expiration d'un délai de procédure. La forclusion est donc une fin de non recevoir. Les CIVI bénéficient d'un pouvoir d'appréciation sur le caractère légitime du motif invoqué à l'appui de la demande de relever de la forclusion.

La Cour de Cassation exerce toutefois un contrôle restreint sur ces motifs. La CIVI doit donc mentionner ces motifs pour permettre à la Cour de Cassation d'exercer son contrôle (deuxième Chambre Civile de la Cour de Cassation, 1er juillet 1992, Bulletin des arrêts civils de la Cour de Cassation N° II, N°180, p. 90).

Ce recours devant la CIVI permet une indemnisation intégrale des préjudices sans avoir à démontrer la faute inexcusable de l'employeur.

Le recours à la commission d'indemnisation des victimes d'infraction défini par l'article 7.003-6 du code de procédure pénale n'est plus possible, les magistrats de la cour de cassation (deuxième chambre civile de la cour de cassation, arrêt du 7 mai 2003 n° 00.815 P), ayant rappelé que « les dispositions légales d'ordre public sur les réparations des accidents du travail excluent les dispositions propres à l'indemnisation des victimes d'infractions ».

cc. Le recours à la procédure en responsabilité civile

L'action en responsabilité civile peut être entamée soit pour responsabilité pour faute soit pour responsabilité sans faute.

La responsabilité pour faute est basée sur l'article 1382 du Code civil qui stipule que « tout fait quelconque de l'homme qui cause un dommage à autrui oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer ». Cet article énonce trois éléments, la faute, le préjudice et le lien de causalité.

La faute dans ce cas précis concerne le fait pour les industriels et les distributeurs de ne pas avoir respecter leur obligation d'information à l'égard des personnes exposées. En effet, les industriels et les distributeurs ont une obligation d'information sur le danger du matériau vis-à-vis des transporteurs et des consommateurs.

Ils connaissaient les effets que pouvaient engendrer une exposition à l'amiante par l'intermédiaire des études scientifiques et des enquêtes établies dès 1950. De plus, des textes sont intervenus en 1977 pour obliger les industriels à informer du danger.

La responsabilité sans faute, se base sur l'article 1384 du Code civil. Celui-ci dispose dans son premier alinéa que l'on est responsable des choses que l'on a sous sa garde. L'article établit ainsi une présomption de responsabilité à l'encontre de celui qui a la garde d'une chose inanimée. L'employeur à la qualité de gardien de la chose. Par conséquent, la faut de l'auteur du dommage est présumée sauf existence d'un cas d'exonération (force majeure, fait de la victime ou d'un tiers).

Cet article concerne l'exposition aux poussières d'amiante. Il permet ainsi aux épouses de travailleurs ayant été exposées à l'amiante par l'intermédiaire des bleus de travail, d'obtenir une réparation pour le préjudice direct subi sans avoir à prouver l'existence d'une faute.

On peut également évoquer la responsabilité sans faute de l'administration en cas d'exposition d'agents publics au risque de l'amiante (agents de l'Education nationale, les professeurs de l'université de Jussieu). L'administration est en effet responsable vis-à-vis de ses fonctionnaires qui sont exposés au danger de l'amiante lors de leur service. L'action juridique est engagée alors devant le tribunal de grande instance dont le ressort duquel se trouve le domicile de la victime.

Concernant les demandes d'indemnisation, une femme ayant été exposée à l'amiante en lavant les vêtements de travail de son mari qui travaillait chez Valéo, ne pouvait pas rechercher la faute inexcusable de l'employeur de son époux (puisque elle n'était pas salariée de l'entreprise). Il s'agissait ici également d'une exposition environnementale puisque l'usine Valéo était située à proximité du domicile du couple. Souffrant d'une asbestose avec plaques pleurales disséminées, elle a fait assigner l'employeur de son époux devant le tribunal de grande instance (TGI d'Argentan, 7 septembre 2000, Gazette du palais, 12-13 janvier 2005, page 69). La responsabilité civile de l'employeur a été retenue sur le fondement de l'article 1384 alinéa 1^{er} du code civil. La Cour d'appel de Caen a rendu son arrêt le 20 novembre 201 dans le même sens (Gazette du palais, 12-14 janvier 2003, N. Olmer-Brin, J-V. Borel).

dd. Le recours à une juridiction de l'ordre administratif

Certaines victimes de l'amiante n'ont pas hésité à explorer d'autres voies et former un recours en responsabilité contre l'Etat devant les juridictions administratives, visant à obtenir la reconnaissance de la faute de l'Etat.

Elles mettent en cause la responsabilité de l'Etat en s'appuyant sur le fait que l'Etat a pris de retard pour édicter les normes plus sévères quant à l'inhalation des fibres d'amiante en milieu professionnel alors que le danger était connu. On peut à ce titre citer comme argumentation une directive européenne de 1983 qui a été transposée quand 1987 alors que l'Etat avait déjà connaissance du risque que constitue le maintien de l'argumentation en vigueur. C'est sur cette argumentation que le tribunal administratif de MARSEILLE le 30 mai 2000 a condamné l'Etat comme fautif et l'a rendu responsable des conséquences, dommages des victimes de l'amiante qui travaillaient pour les entreprises Sollac, Eternit et Elf Atochem dans les Bouches de Rhône.

En effet, le tribunal administratif de Marseille, le 30 mai 2000, a sanctionné l'Etat pour n'avoir pas légiféré avant le Décret n°77-94919 du 17 août 1977 relatif aux mesures particulière d'hygiène applicables dans les établissement où le personnel est exposé à l'action des poussière d'amiante (JORF du 20 août 1977) en matière d'amiante, et pour ne pas avoir demandé l'étude scientifique sur le sujet avant 1995, année de publication d'une étude par l'INSERM (trib. Adm. Marseille, 30 mai 2000, arrêt Boudignon, Botelle, Thomas, Xueref).

L'article L.231-2 du Code du travail reconnaît à l'Etat le pouvoir de limiter le droit de l'employeur de déterminer les modalités de travail dans le domaine de l'hygiène et de la sécurité. L'Etat ne peut donc pas se retrancher derrière la responsabilité du l'employeur (art L.230-2 du code du travail).

Ces décisions ont été confirmées par la Cour administrative d'appel de Marseille le 18 octobre 2001 (Cour adm. Marseille, 18 octobre 2001, Ministre de l'emploi et de la solidarité c/Bourdignon, Botella, Thomas, Xue-ref). Les éléments justificatifs apportés, à savoir, la réaction tardive des autres Etats et la difficulté de réaliser à l'époque une étude destinée à préciser la nature exacte du risque, n'ont pas été retenus. Il a ensuite été reproché à l'Etat de s'être contenté de transposer en droit français les directives communautaires en 1987 et 1992, sans que cet abaissement de seuils de VME ne soit justifié par des données scientifiques précises. Les magistrats administratifs ont considéré que l'Etat ne pouvait se décharger de sa responsabilité en invoquant le respect des normes communautaires, celui-ci étant nécessaire mais pas toujours suffisant. Ils ont donc renouvelé la mise en cause de la responsabilité de la puissance publique, tant du fait de ses carences dans la prévention des risques, que l'insuffisance de la réglementation adoptée tardivement afin de faire face à ce même risques. Les quatre arrêts tout en rejetant le recours du ministre, ont opéré encore plus sévèrement qu'en première instance une condamnation de l'Etat et de la gestion publique des dangers liés à l'antenne.

La condamnation de l'Etat résultant de la mise en cause de sa responsabilité ne surprend pas, compte tenu du retard pris dans le traitement de cette affaire de l'amiante, et cette confirmation en appel des décisions de première instance avait été annoncée par le rapport de la Cour des comptes qui insistait sur ce retard de la France en la matière par rapport aux autres pays européens.

Le ministre de l'emploi et de la solidarité a fait appel de ces décisions devant le Conseil d'Etat (CE) qui s'est prononcé le 3 mars 2004, confirmant la négligence fautive de l'Etat (CE 3 mars 2004, Gazette du Palais, 12-13 janvier 2005, note de D. Linotte, p.67-70 et Dalloz, Note de H. Arbousset, 2004, n°14, p.973-7). Dans un seul des dossiers (sur les 4), l'entreprise employant le salarié s'était associée à la procédure.

L'Etat a donc été jugée responsable en tant que personne morale de droit public. Reste qu'il n'y pas de sanction infligée au sens juridique du terme. Les représentants de l'Etat doivent « prendre de mesures les plus

appropriées pour limiter et si possible éliminer ces dangers... ». C'est une décision purement symbolique. Le fonctionnaire victime de l'amiante doit donc se tourner le FIVA, plus favorable qu'une procédure devant le tribunal administratif.

ee. Possibilité de préretraite pour des travailleurs exposés à l'amiante

Le Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) est un dispositif de préretraite compensant la réduction de l'espérance de vie des travailleurs de l'amiante.

Le Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) a été créé par l'article 41 de la loi n°98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale permet aux personnes atteintes d'une maladie professionnelle due à l'amiante, aux victimes d'une exposition professionnelle à l'amiante, ayant travaillé dans des secteurs d'activité limitativement énumérés et âgés d'au moins 50 ans, de percevoir une allocation égale à 65 % du salaire de référence pour la partie inférieure à 2.773 euros par mois le premier janvier 2008, dans la limite du plafond de la sécurité sociale, et de 50 % de ce salaire pour la limite comprise entre 2.773 euros par mois et 5.546 euros par mois, entre 1 et 2 fois ce plafond, le premier janvier 2008, à la condition qu'elles quittent leur emploi. L'allocation de cessation anticipée ne peut être inférieure au montant minimal de l'allocation spéciale du FNE (Fond National de l'Emploi) soit 29.22 € par jour depuis le 01.01.08.

En outre, le prélèvement des cotisations d'assurance maladie, de la CSG et de la CRDS ne peut réduire le montant de l'allocation en deçà de 1.281 € depuis juillet 2007.

Cette préretraite est accordée à deux catégories de salariés, tout d'abord les salariés atteints de l'une des maladies professionnelles liée à l'amiante et deuxièmement les travailleurs qui ont travaillé dans un établissement, figurant sur une liste publiée au Journal Officiel (confère ci-dessus la liste des travailleurs salariés exposés à l'amiante dans le chapitre VIII. LES MALADIES PROFESSIONNELLES C. L'indemnisation des maladies professionnelles 3. Cas particuliers de l'indemnisation des victimes de l'amiante a. Les personnes concernées par l'indemnisation bb. Les travailleurs salariés exposés à l'amiante). Peuvent également bénéficier les marins et anciens marins victimes d'une maladie pro-

fessionnelle causée par l'amiante et les marins mécaniciens ou ayant navigué sur des navires transportant de l'amiante âgés d'au moins 50 ans. Le versement de l'allocation de cessation anticipée d'activité est alors assurée par l'Etablissement national des invalides de la marine (ENIM).

Ces travailleurs peuvent alors prétendre à une préretraite à partir de 50 ans.

Un arrêté, pris en application de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale, dans sa modification du 20 décembre 2003 (article 54), prévoit l'extension du dispositif d'allocation de cessation anticipée d'activité aux salariés agricoles.

Les salariés agricoles atteints d'une affection figurant aux tableaux n°47 et 47 bis des maladies professionnelles agricoles peuvent avoir droit à l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Arrêté du 6 mai 2003, publié au Journal Officiel du 27 mai 2003 n°122, page 9.032).

La demande doit être déposée à la Caisse Régionale d'Assurance Maladie qui dispose de deux mois pour prendre sa décision. Le défaut de réponse au delà de ce délai équivaut à un refus. Si la décision de la caisse régionale est positive, le bénéficiaire doit donner sa démission à son employeur. Le bénéfice de l'indemnité de préavis ou de l'indemnité compensatrice de préavis est acquis.

En cas de refus de la caisse régionale, un recours peut alors être déposé à la commission de recours amiable de la caisse. En cas d'échec, un recours est encore possible en engageant une procédure devant le tribunal des affaires de sécurité sociale.

Pour les salariés agricoles, le guichet instructeur de la demande est la caisse de mutualité sociale agricole. Pour les marins ou anciens marins, le guichet instructeur est l'ENIM.

L'allocation est versée mensuellement à terme échu au plus tard jusqu'à 65 ans.

De ce fait les personnes pouvant bénéficier d'une retraite anticipée dès 55 ans, ne peuvent percevoir à la fois leur pension de retraite et l'allocation des travailleurs de l'amiante. Ces personnes doivent opter pour l'une ou bien l'autre.

Cette préretraite est versée jusqu'à ce que l'intéressé puisse toucher une retraite à taux plein prévue aux articles L 351-6 et L.351-8 du CSS.

Elle ne peut se cumuler ni avec un revenu de remplacement (allocation de chômage, autres préretraites...),

ni avec un avantage de vieillesse (retraite sauf les pensions militaires de retraite, pension de reversion) ou d'invalidité (circulaire du 9 juin 1999) ou l'allocation parentale d'éducation à taux plein. Une allocation différentielle peut être versée pour les personnes titulaires :

- d'une pension d'invalidité (servie par un régime obligatoire)
- d'une pension de réversion
- d'une pension de veuf ou veuve versée par un régime général
- d'une pension de retraite versée par un régime spécial de sécurité sociale.

Pour le calcul de l'allocation différentielle, la caisse déduit du montant brut de l'allocation de cessation d'activité le montant de l'autre pension (certaine majoration pour enfant en tierce personne, étant neutralisée). Sont ensuite déduites du résultat les cotisations sociales.

Des règles particulières s'appliquent pour les personnes susceptibles de percevoir un avantage non contributif (minimum vieillesse).

Par contre, il est possible de cumuler une telle préretraite avec une rente pour maladie professionnelle.

La loi prévoit également que la démission du salarié dans ce cadre oblige l'employeur à lui verser une indemnité de départ en retraite prévue par l'article L122-14-13 du code du travail. « Tout salarié quittant volontairement l'entreprise pour bénéficier du droit à une pension de vieillesse a droit, sous réserve des dispositions plus favorables d'une convention ou d'un accord collectif de travail ou du contrat de travail, à l'indemnité de départ en retraite prévue à l'article 6 de l'accord annexé à la loi n°78-49 du 19 janvier 1978 relative à la mensualisation et à la procédure conventionnelle... ».

L'indemnité de départ versée par l'employeur est exonérée d'impôt, de cotisations de sécurité sociale, de CSG, et de CRDS. Ceci s'applique aux indemnités perçues au 2 avril 1999 (loi de finance rectificative parue au Journal Officiel du 14 juillet 2000).

En ce qui concerne les victimes reconnues comme atteintes d'une maladie professionnelle causée par l'amiante, ces victimes peuvent prétendre au dispositif de pré-retraite dès l'âge de 50 ans, sans condition de durée d'activité.

Les autres salariés exposés à l'amiante peuvent partir en préretraite à un âge variable selon la durée d'exposition à l'amiante, sans que cet âge puisse être inférieur à 50 ans. L'âge de départ se calcule en soustrayant

de l'âge de 60 ans, le tiers de la durée de travail exposée au risque (décret n° 99 - 247 du 29 - 3 - 1999 modifié par le décret n° 2000 - 638 du 7 - 7 - 2000 paru au Journal Officiel du 9 - 7 - 2000, par le décret n° 2003 - 608 du 2 - 7 - 2003 paru au Journal Officiel n° 153 du 4 - 7 - 2003 p 11.320, par le décret (rectificatif) n° 2003 - 608 du 2 - 7 - 2003 paru au Journal Officiel n° 183 du 9 - 8 - 2003 p 13.852). L'âge pour pouvoir bénéficier de la pré-retraite en faveur des victimes de l'amiante est calculée en divisant la durée d'activité dans ces établissements où l'on a été exposé par trois, et en soustrayant le résultat de 60 ans. Par exemple, si un salarié a travaillé 12 ans dans un tel établissement, il pourra partir à $60 - 12/3 = 60 - 4 = 56$ ans. Ceci concerne les personnes ayant été exposées à l'amiante.

Une allocation de cessation anticipée d'activité est proposée aux ouvriers de l'Etat ayant travaillé dans des services ou établissements relevant du ministère de la Défense énumérés dans l'arrêté du 29-4-99, NOR: DEFP9901311A modifié par l'arrêté du 14-6-2002, NOR: DEFP0201745A, paru au Journal Officiel du 19-6-2002.

A noter une évolution récente concernant l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante. En effet, la Chambre sociale de la Cour d'appel de Paris, dans un arrêt du 18.09.08, a condamné la société ZF MASSON à indemniser la perte de revenus occasionnée par le départ en pré-retraite amiante d'anciens salariés de l'entreprise. Ces salariés percevront donc chacun la différence entre leur salaire du temps de leur activité et le montant de leur allocation calculée sur toute la durée du versement de celle-ci. Une décision identique a été prise par la Cour d'appel de Bordeaux le 16-02-2009.

Les magistrats ont en effet considéré que les anciens salariés étaient placés devant « un choix relatif : soit continuer de travailler jusqu'à l'âge légal de la retraite mais sous la menace statistiquement avérée de développer l'une des maladies consécutives à l'exposition à l'amiante dont il a souvent été constaté qu'elles apparaissent avec un certain retard et par conséquent risquer d'avoir une retraite écourtée, soit privilégier le droit de partir en pré-retraite à 50 ans, mais au prix d'une diminution de revenus de 35 %, et donc d'un préjudice matériel important. Leur choix dans ces circonstances est un choix par défaut, conséquence de la carence de l'employeur dans l'exécution de son obligation contractuelle de sécurité et de résultat. »

Les salariés percevront donc une allocation amiante de pré-retraite équivalente à 100 % du salaire et non plus

à 65 %. Le complément de 35 % sera dû aux allocataires par l'employeur ou à défaut plus ou moins directement par un fond dépendant des Assedic. La demande pour les non malades doit être présentée devant le conseil des Prud'hommes. Pour les travailleurs reconnus en maladie professionnelle amiante, la demande doit être présentée au FIVA. En cas de refus par cet organisme il conviendrait alors d'aller devant une Cour d'appel.

ff. Le Fonds d'Indemnisation des Victimes de l'Amiante (FIVA)

a. Historique

L'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 n° 2000 - 1.257 du 23 décembre 2000 publiée au Journal Officiel du 24 décembre 2000 modifié par l'article 43 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 n° 2001 - 1.246 du 21 - 12 - 2001 publiée au Journal Officiel du 26 décembre 2001, article 53 modifié par la loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002 art. 52 II (JORF 24 décembre 2002) et complété par le décret n° 2001-963 du 23 octobre 2001 institue la réparation intégrale des préjudices, tant patrimoniaux qu'extra-patrimoniaux, occasionnés par l'amiante.

Un établissement public, le Fonds d'Indemnisation des Victimes de l'Amiante (FIVA), placé sous la double tutelle des ministres chargés respectivement de la sécurité sociale et du budget, créé par l'article précité, a pour mission d'assurer la réparation de ces préjudices.

La saisine du Fonds est ouverte à toute personne ayant subi en France une atteinte de sa santé à la suite d'une exposition à l'amiante, ainsi qu'à ses ayants droit, quel que soit le contexte, professionnel ou environnemental, de ladite exposition. En effet, l'article 53 de la loi du 23 décembre 2000 prévoit que la répartition intégrale pourra être accordée aux « personnes qui ont obtenu la reconnaissance d'une maladie professionnelle occasionnée par l'amiante au titre de la législation française de sécurité sociale ou d'un régime assimilé ou de la législation applicable aux pensions civiles et militaires d'invalidité, à celles qui ont subi un préjudice résultant directement d'une exposition à l'amiante sur le territoire de la République française et aux ayants droit des personnes visées ».

Ce FIVA est donc destiné à réparer l'intégralité des préjudices subis par les victimes de l'amiante, évitant alors de longues procédures devant les tribunaux et les organismes de Sécurité Sociale. L'indemnisation porte sur tous les postes de préjudices reconnus par les tribunaux, alors que l'indemnisation prévue par la branche

accidents du travail et maladies professionnelles de la Sécurité sociale est forfaitaire et ne prend en compte que le taux d'IPP et une partie du préjudice économique (perte de gains par la victime). Le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) est destiné à prendre en charge tous les préjudices subis par les victimes de l'amiante : préjudice personnel (souffrances physiques, psychiques, dommage esthétique...) et préjudices financiers (frais de santé engagés non pris en charge la sécurité sociale, salaires non perçus...).

Le FIVA peut aussi être saisi par la victime pour demander la réparation d'une aggravation de son état de santé.

Il pourra être saisi par toute victime de l'amiante ou ses ayant droits (conjoint, enfant, petit enfant, parents, frère et sœur) en cas de décès.

Il peut être saisi non seulement par les salariés dont la maladie professionnelle a été reconnue mais également par toute personne ayant subi un préjudice résultant directement d'une exposition à l'amiante sur le territoire français (artisan, professions libérales n'ayant pas de couverture sociale contre les risques de maladie professionnelle mais aussi les usagers des services publics).

Le FIVA, reposant sur une procédure simple et rapide d'indemnisation, facilite les voies de la réparation, notamment pour toutes les victimes qui ne souhaitent pas s'engager dans la voie judiciaire.

Le Fonds constitue une tentative de remède aux défaillances du régime d'indemnisation des victimes de l'amiante, à savoir d'une part, l'insuffisance de la réparation liée à son caractère forfaitaire dans le cadre de la législation sur les maladies professionnelles et, d'autre part, la lenteur des procédures, donc les conséquences étaient grandement préjudiciable, eu égard notamment à la courte espérance de vie des victimes de mésothéliomes. Pour certains, cette création avait aussi pour but de juguler les procédures contentieuses, notamment celles risquant de mettre en cause les décideurs politiques (mise en cause de la responsabilité de l'Etat devant les juridictions administratives).

Le FIVA constitue la seule voie d'indemnisation

- pour les victimes environnementales (par exemple les épouses contaminées en lavant les bleus de travail de leur mari, les personnes résidant, travaillant ou étudiant près d'une usine polluante)
- pour les salariés des régimes spéciaux qui ne prévoient pas d'action en faute inexcusable de l'employeur, (par exemple, les fonctionnaires, les artisans...).

pour les salariés ou retraités du régime général dont les dossiers sont prescrits pour la sécurité sociale (prescription de deux ans) et non par le FIVA (prescription de quatre ans).

Un décret et un arrêté publiés au Journal Officiel du 30 mars 2002, nomment le Président et les membres du conseil d'administration de cet FIVA qui devient ainsi opérationnel.

β. Données chiffrées

Il est maintenant établi que les victimes s'adressent dans une très large majorité au FIVA plutôt qu'aux instances judiciaires (TASS principalement), la croissance du nombre de nouvelles victimes dépassant même largement les prévisions auxquelles viennent d'ajouter les demandes complémentaires, elles aussi de plus en plus importantes. Ces demandes complémentaires sont présentées soit par les victimes elles-mêmes, eu égard à l'aggravation de leur état, soit par leurs ayants-droit à la suite du décès de la victime.

Quelques chiffres :

Dans une très forte proportion (85 %), les victimes ont été exposées à titre professionnel, relèvent majoritairement (85 %) du régime général et sont en grande partie (94 %) de sexe masculin, l'âge moyen au moment de la première constatation médicale étant de 62 ans et la part des maladies bénignes représentant plus de la moitié des dossiers (Rapport annuel du FIVA de 2007).

La grande majorité des dossiers FIVA sont la conséquence d'une exposition professionnelle : 86 % des victimes sont du fait d'une maladie professionnelle, La part des maladies valant justification automatique de l'exposition à l'amiante passe à 8 %, les maladies dites d'origine environnementale relevant de la compétence de la commission d'examen des circonstances de l'exposition à l'amiante passe à 6 %.

85 % des victimes s'adressant au FIVA sont affiliés au régime général de la sécurité sociale. Les autres sont fonctionnaires ou affiliés au régime agricole ou des artisans, chefs de petites et moyennes entreprises dans le secteur du bâtiment par exemple. Pour les non professionnels, il s'agit essentiellement de femmes qui nettoyaient les bleus de travail de leur époux, salarié qui manipulait de l'amiante. Il peut s'agir également de personnes vivant au proche voisinage d'un bâtiment au moment du flocage de l'amiante.

Parmi les dossiers reçus 19 % des victimes sont décédées, la plupart (90.5 %) antérieurement à la demande au FIVA (Rapport annuel du FIVA de 2007).

En 2007, la répartition des victimes par pathologie était une asbestose pour 5 %, un mésothéliome pour 7 %, un cancer broncho-pulmonaire pour 14 % et 74 % de plaques pleurales et épaississements pleuraux.

Trois critères sont retenus pour calculer ce montant : le taux d'incapacité, l'âge au moment de la découverte de la maladie et la situation (décédés ou malade) de la victime :

- 81 % des pathologies bénignes bénéficient d'une offre supérieure à 15.000 €.
- 82 % des pathologies malignes bénéficient d'une offre supérieure à 60.000 € (et 43 % d'une offre supérieure à 100.000 €) (Rapport annuel du FIVA de 05-2006).

Les offres du FIVA, susceptibles d'appel, sont contestées dans 6 % des cas, principalement (66 % du contentieux) devant les Cours d'appel de Paris, Bordeaux, Douai, Rouen et Aix-en-Provence qui sont plus généreuses, alors que les appels sont inexistant devant le Cour de Rennes considérée comme confirmant les plus souvent les décisions du FIVA (Rapport annuel du FIVA de 2007). Quatre Cours d'appel (Paris, Bordeaux, Douai, Caen) fixent les montants des préjudices les plus élevés. On notera l'attitude favorable de la Cour d'appel de Douai dans une moindre mesure, des Cours d'appel de Bordeaux et de Pau, notamment sur le préjudice patrimonial (la Cour de Douai double la valeur du point d'incapacité retenue par le FIVA mais confirme plus volontiers les postes extrapatrimoniaux, y compris lorsqu'il n'est retrouvé aucun préjudice indemnisable ; la Cour d'appel de Rouen propose un niveau élevé d'indemnisation du préjudice moral). Dans ces 6 % d'offres du FIVA contestées devant la Cours d'appel, les indemnités obtenues sont dans 77 % des cas majorées, d'après le président du FIVA en Avril 2008.

L'étude du montant des majorations fixé par les Cours d'appel en 2007 fait apparaître que les demandes en provenance des ayants droits sont davantage prises en considération par les cours que pour les victimes vivantes.

En ce qui concerne les préjudices extrapatrimoniaux, les Cours d'appel, dans la moitié des cas, n'accordent aucune (ou une très faible) majoration. En revanche, dans 35 % des cas une majoration de plus de 50 % est accordée, principalement par la Cour d'appel de Paris devant laquelle un cinquième des offres du FIVA sont contestées (Rapport annuel du FIVA de 05-2006). Rapelons que l'appréciation du quantum relève de la compétence souveraine du juge du fond, ce que confirme la Cour de cassation saisie sur ce point.

Le FIVA reste à 90 % la voie privilégiée par les victimes pour obtenir une réparation (Rapport annuel du FIVA de 2007).

Si FIVA et TASS s'accordent sur un écart important entre l'indemnisation moyenne des maladies bénignes et celle des maladies malignes, il apparaît, pour les maladies, qu'aucune jurisprudence tendant à tenir compte de l'âge des victimes et du préjudice subi ne se dégage, contrairement au barème du FIVA qui prend ces critères en considération.

Pour des situations analogues les indemnisations accordées suite à des actions en faute inexcusable de l'employeur sont en général plus importantes que celles octroyées par le FIVA. Mais ceci n'est pas le cas dans toutes les régions et la situation peut évoluer lorsque les magistrats changent.

Il n'en demeure pas moins que le taux d'indemnisation par le FIVA est globalement inférieur de 40 %, ce qui peut expliquer par le fait que le FIVA ait choisi de limiter l'indemnisation aux préjudices actuels et objectivables, toute aggravation étant susceptible d'un nouvel examen alors que les juridictions peuvent être amenées à prendre en compte le risque d'aggravation et à l'indemniser immédiatement (toutefois, pour les maladies malignes, le FIVA se rapproche de plus en plus des juridictions).

γ. Procédure de reconnaissance d'exposition à l'amiante par le FIVA

Le « non panachage » c'est-à-dire l'obligation pour la victime ou l'ayant droit de présenter au FIVA une demande d'indemnisation englobant tous les préjudices a été confirmé par la Cour de cassation, dans un arrêt du 21 décembre 2006, qui a validé la position des Cours d'appel de Metz, Rennes, Douai et Aix en Provence.

La loi créant le FIVA a laissé une option à la victime : soit elle s'adresse au FIVA pour TOUS ses préjudices, soit elle s'adresse au tribunal. Elle ne peut diviser sa demande, par exemple, le préjudice physique au FIVA et le préjudice moral au Tribunal. La Cour de cassation rappelle que le législateur ayant voulu que la victime opte entre l'indemnisation par le FIVA ou par le tribunal des affaires de sécurité sociale, la victime qui a choisi de saisir le FIVA, ne peut diviser sa demande qui doit englober l'ensemble des préjudices subis (arrêt du 21.12.06 de la 2^e chambre civile de cour de cassation : Mme Gergaud).

La victime de l'amiante doit présenter au fonds une demande d'indemnisation accompagnée de pièces jus-

tificatives, notamment un certificat médical attestant la maladie et de tout document de nature à établir la réalité de l'exposition à l'amiante.

Elle demande en même temps le formulaire de demande d'indemnisation au FIVA.

γ 1. Le formulaire de demande d'indemnisation

Afin de constituer leur dossier, les victimes doivent remplir le formulaire déposé sur le site Internet ou obtenu par courrier en y joignant un certificat médical établissant le constat d'une maladie de l'amiante.

Pour une demande d'indemnisation par les ayants droits, ceux-ci doivent adresser en même temps une copie du certificat de décès ainsi que tout document de nature à établir le lien entre la maladie résultant de l'exposition à l'amiante et le décès.

Toutes les demandes d'indemnisation doivent être présentées au moyen d'un formulaire disponible sur simple appel téléphonique (numéro vert : 0800500200) ou par courrier auprès du FIVA (FIVA, 94.682 Vincennes Cedex), ou sur le site Internet du FIVA (www.fiva.fr).

Le formulaire, qui comprend également un questionnaire sur l'exposition à l'amiante complété par la victime (ou ses ayants droit), doit être retourné directement par celle-ci au FIVA (voir encadré 5).

La victime justifie de l'exposition à l'amiante soit par la reconnaissance d'une maladie professionnelle soit par le fait d'être atteint d'une maladie provoquée par l'amiante et mentionnée sur une liste établie par arrêté (le mésothéliome, les plaques calcifiées ou non...).

Afin d'assurer une coordination sur le plan des procédures, la loi prévoit que le demandeur doit informer le Fonds des procédures contentieuses engagées par ailleurs pour obtenir réparation.

γ 2. Cas où l'origine professionnelle de la maladie a déjà été reconnue

Dans un souci d'alléger la charge de la preuve de l'exposition pour la victime ou ses ayants droit, le législateur a prévu que la reconnaissance d'une maladie professionnelle soit suffisante pour valoir justification de l'exposition à l'amiante.

Cette reconnaissance vaut justification de l'exposition à l'amiante. Dans ce cas, le formulaire doit être seulement accompagné de la décision de reconnaissance de la CPAM ou de l'organisation adéquate de Sécurité sociale.

La reconnaissance de la maladie professionnelle par la sécurité sociale s'impose au FIVA. Le 21 décembre 2006, la Cour de Cassation a décidé que, lorsque la maladie avait été reconnue par la sécurité sociale, cette décision impose au FIVA qui ne peut pas alors saisir la Commission d'examen des circonstances de l'exposition à l'amiante pour qu'elle donne son avis sur le lien entre la maladie et l'exposition professionnelle.

γ 3. Cas où la maladie est susceptible d'être d'origine professionnelle mais non encore reconnue

Lorsque l'origine professionnelle de la maladie est susceptible d'être reconnue, le formulaire de demande au FIVA doit être accompagné, d'un certificat médical attestant cette maladie (établi par un médecin spécialiste ou compétent en pneumologie ou en oncologie) et attestant le lien entre l'affection et l'activité professionnelle.

Dans ce cas, et en l'absence de déclaration préalable de maladie professionnelle par la victime, le FIVA saisit la CPAM ou l'organisme de sécurité sociale compétent. Cette transmission vaut déclaration de maladie professionnelle et suspend le délai imparti au FIVA pour présenter une offre au demandeur. La CPAM dispose, selon les règles habituelles d'un délai de trois mois, renouvelable une fois, si une enquête complémentaire est nécessaire pour traiter la demande.

γ 4. Cas où la maladie du demandeur est réputée provoquée par l'amiante

Dans un souci d'alléger la charge de la preuve de l'exposition pour la victime ou ses ayants droit, le législateur a prévu que la reconnaissance d'une maladie professionnelle soit suffisante pour valoir justification de l'exposition à l'amiante.

Le fait d'être atteint d'une maladie provoquée par l'amiante et figurant sur une liste établie par l'arrêté interministériel du 5 mai 2002 paru au Journal Officiel du 5 mai 2002 vaut également justification, pour le FIVA, de l'exposition. Dans ce cas, le formulaire doit être seulement accompagné d'un certificat médical attestant cette maladie, établi par un médecin spécialiste ou compétent en pneumologie ou en oncologie.

Les maladies listées par l'arrêté du 5 mai 2002 sont :

- 1° Mésothéliome malin primitif de la plèvre, du péritoine, du péricarde et autres tumeurs pleurales primitives.

Encadré 5

Reproduction du formulaire de demande d'indemnisation envoyé au FIVA

Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

Formulaire de demande d'indemnisation - Victime

Veuillez remplir ce document, le dater, le signer et joindre les pièces indiquées :

— Identification

* Nom et prénom : ...
* Nom de jeune fille : ...
* Adresse : ...

* Date de naissance : ...
* Lieu de naissance : ...

* N° de téléphone ...

— Renseignements sur votre situation

* Protection sociale

- Nom et adresse de la caisse de sécurité sociale dont vous dépendez : ...
- Numéro d'immatriculation : ...

* Mutuelle ou autre organisme de prévoyance

- Nom et adresse de l'organisme complémentaire auquel vous êtes affilié : ...
- Numéro d'affiliation : ...

* Votre maladie est-elle reconnue en maladie professionnelle ?

* Votre maladie n'est pas reconnue comme maladie professionnelle provoquée par l'amiante mais cette maladie figure-t-elle sur la liste des maladies spécifiques dont le constat vaut également justification de l'exposition à l'amiante ?

* Votre maladie n'est pas reconnue comme maladie professionnelle provoquée par l'amiante et ne figure pas sur la liste des maladies spécifiques dont le constat vaut également justification de l'exposition à l'amiante ?

* Divers

- Avez-vous intenté une action en justice en vue d'une indemnisation ? OUI NON
- Dans l'affirmative, à quelle date et devant quel tribunal ? : ...
- Avez-vous été indemnisé par un tribunal ou par votre employeur ?
- S'agit-il d'une première demande ? d'une aggravation ? d'une nouvelle maladie ?
- Demandez-vous le versement d'une provision sur indemnité ? OUI NON

— Pièces à joindre

- Si votre maladie a été reconnue comme maladie professionnelle provoquée par l'amiante, joindre la décision de la caisse primaire d'assurance maladie ou de l'organisation spéciale de Sécurité sociale reconnaissant l'origine professionnelle de votre maladie ;
- Si votre maladie n'est pas reconnue comme maladie professionnelle provoquée par l'amiante mais que cette maladie figure sur la liste des maladies spécifiques (mentionnée au verso du présent formulaire), joindre un certificat médical attestant votre maladie établi par un médecin spécialiste ou compétent en pneumologie ou en oncologie ;
- Si votre maladie n'est pas reconnue comme maladie professionnelle provoquée par l'amiante et ne figure pas sur la liste des maladies spécifiques, joindre un certificat médical attestant la maladie ainsi que tous les documents de nature à établir la réalité de l'exposition à l'amiante, professionnelle ou environnementale.

Fait à : ...

Le : ...

Signature : ...

2° Plaques calcifiées ou non, péricardiques ou pleurales, unilatérales ou bilatérales, lorsqu'elles sont confirmées par un examen tomodensitométrique.

γ 5. Les autres cas (maladie non professionnelle et non spécifique)

Lorsque la maladie n'est pas susceptible d'avoir une origine professionnelle et qu'elle ne figure pas dans l'arrêté du 5 mai 2002, le formulaire de demande d'indemnisation doit être accompagné d'un certificat médical attestant la maladie et de tous les documents de nature à établir la réalité de l'exposition à l'amiante nécessaires à l'étude par la commission d'examen des circonstances de l'exposition à l'amiante du FIVA.

Lorsque le lien entre la maladie et l'exposition à l'amiante n'est pas présumé établi, le dossier est transmis à la Commission d'examen des circonstances de l'exposition à l'amiante.

Cette commission d'examen des circonstances de l'exposition à l'amiante, composée de médecins et de personnes compétentes dans l'appréciation du risque lié à l'exposition à l'amiante, est chargée de déterminer si la pathologie de la victime est due à une exposition à l'amiante.

Cette commission a reconnu le lien entre la pathologie présentée par la victime et l'exposition à l'amiante dans 31 % des cas en 2007.

Les pathologies reconnues sont constituées par les cancers broncho-pulmonaires primitifs, les épaississements et épanchements pleuraux, les cancers du larynx, les tumeurs pleurales primitives.

γ 6. La prescription de la demande d'indemnisation

La LFSS pour 2001, votée en décembre 2000 et créant le FIVA, n'a pas prévu de prescription pour les dossiers des victimes de l'amiante. Le Conseil d'administration (CA) du FIVA a donc, par une délibération du 28 mars 2003, voté une durée de prescription de 4 ans.

Cette durée n'a pas été choisie au hasard : 4 ans, représente la durée de prescription des créances publiques (loi du 31 décembre 1968).

La majorité du CA qui a adopté cette disposition s'est appuyée sur l'argument suivant : le FIVA étant un établissement public, cette durée devait lui être appliquée.

Elle n'a donc pas tenu compte de la fonction du FIVA qui est de se substituer aux juridictions civiles pour réparer les dommages des victimes de l'amiante. En toute logique, on aurait pu appliquer au régime de la pres-

cription les dispositions de l'article 2262 du code civil, lequel prévoit une prescription trentenaire pour toutes les actions en indemnisation.

Au passage, on ne manquera pas de remarquer que l'indemnisation accordée par le FIVA ne présente pas les caractéristiques d'une créance publique : le FIVA est seulement un intermédiaire entre la victime qu'il indemnise et le responsable du dommage qu'il doit, au terme de la loi, poursuivre devant les juridictions civiles afin de récupérer l'indemnisation versée à la victime.

Les dossiers dont le point de départ du délai de prescription (la consolidation ou le décès) est antérieur au 1^{er}.01.04, et arrivés après le 31-12-2007 ne sont plus alors recevables à l'indemnisation par le FIVA.

Les demandes d'indemnisation dont le point de départ du délai de prescription (la consolidation ou le décès) est antérieur au 1^{er}.01.05 doivent parvenir au FIVA avant le 1^{er}.01.09 à 00h00.

On peut certes estimer que bon nombre de ces cas ont été informés des possibilités d'indemnisation et ont fait valoir leurs droits auprès du Fonds. C'est le cas pour les victimes adhérentes des associations de défense. C'est beaucoup moins vrai s'agissant des autres victimes. Ainsi, il n'est pas rare que des familles isolées mettent du temps à se décider d'effectuer la demande d'indemnisation. Mais l'essentiel du problème réside dans le fait qu'un grand nombre de victime déjà indemnisé par le FIVA ne l'ont été que d'une partie des préjudices aujourd'hui indemnifiables. Elles sont donc fondées à demander le complément de leur indemnisation et pour la majorité d'entre elles, elles devront le faire avant la date du 31 décembre 2008.

8. La procédure d'indemnisation par le FIVA

δ 1. Le traitement du dossier d'indemnisation par le FIVA

Dans les 15 jours de la réception de la demande d'indemnisation de la victime, le FIVA adresse un accusé de réception. Il indique alors si le dossier est recevable et s'il ne l'est pas, il demande les pièces complémentaires. A réception du dossier, le FIVA dispose de 15 jours pour demander un complément de dossier.

Le cas échéant, il adresse à la victime un questionnaire sur les circonstances d'exposition à l'amiante afin d'établir le lien entre la maladie et l'exposition à l'amiante.

Si l'état de la victime nécessite une expertise médicale, le FIVA prend l'initiative de faire examiner la victime à ses frais par un médecin pour évaluer le préjudice correspondant. Le coût des expertises sera à la charge du FIVA.

La victime est avisée au moins 15 jours avant l'examen médical de la date et du lieu de l'examen, de l'identité des titres du médecin et de l'objet de l'examen.

Les frais de déplacement et la perte de salaire ou de gain, sont à la charge du FIVA.

La victime peut bien sûr se faire assister du médecin de son choix.

La victime peut bien sûr solliciter auprès de l'expert en cas d'empêchement une autre date d'examen.

La mission d'expertise émanant du FIVA demande d'analyser dans une discussion précise et synthétique l'imputabilité entre la maladie occasionnée par l'amiante, les lésions initiales et les séquelles invoquées, en se prononçant sur :

- la réalité de la pathologie liée à l'amiante, en précisant la nature
- La réalité de l'état séquellaire
- L'imputabilité directe et certaine des séquelles de la maladie et en précisant l'incidence éventuelle d'un état antérieur ou d'une pathologie intercurrente.

La mission demande également de décrire les souffrances physiques et psychiques endurées du fait de la maladie avec les différentes étapes de l'évolution dans la mesure où elles n'entraînent pas de déficit fonctionnel proprement dit. Cette mission précise également que seule la méthode descriptive doit être utilisée.

Il est précisé de donner également un avis sur la nature et l'importance du dommage esthétique (indépendamment de l'atteinte fonctionnelle), de même qu'au niveau des répercussions sur les activités d'agrément de la vie courante.

L'expert adresse copie de son rapport à la victime dans les 20 jours.

Le FIVA peut également demander de passer des examens médicaux. Ces examens médicaux seront à la charge du FIVA.

82. L'offre d'indemnisation du FIVA

Le FIVA, qui doit répondre dans les 6 mois à compter de la demande d'indemnisation, dispose de 3 options :

- faire une offre
- n'en faire aucune
- ou opposer un refus de l'indemnisation.

En l'absence d'offre dans le délai de 6 mois, cette absence constituant une décision implicite de rejet par le FIVA, les demandeurs disposent de 2 mois pour faire appel comme en cas de refus de demande d'indemnisation.

Après instruction du dossier, le FIVA fait une offre d'indemnisation dans un délai de 6 mois à compter de la demande (9 mois la première année de mise en oeuvre du dispositif) s'il l'estime fondée (art 53-IV de la loi n°2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 3001 modifié par la loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002 art 52 II. En cas de transmission du dossier à la Caisse primaire de Sécurité Sociale pour reconnaissance de maladie professionnelle, ce délai sera suspendu jusqu'à la date de décision de l'organisme de Sécurité sociale. L'organisme de Sécurité sociale doit prendre sa décision pour la reconnaissance de maladie professionnelle dans un délai de 3 mois renouvelable une fois. Faute de décision dans ce délai, le FIVA dispose d'un délai de 3 mois supplémentaires pour statuer.

Les décisions sont prises après étude du dossier de demande d'indemnisation. Si les conditions requises sont remplies, le Fonds devra proposer une offre d'indemnisation précisant l'évaluation de l'indemnisation retenue pour chaque chef de préjudice, ainsi que la part d'indemnités versée effectivement par le Fonds, eu égard aux prestations déjà reçues du fait des atteintes à la personne ou des indemnités de toutes natures déjà perçues ou à percevoir, de la part des autres débiteurs (article 29 du la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et l'accélération des procédures d'indemnisation).

L'offre d'indemnisation du FIVA indiquera l'évaluation retenue pour chaque chef de préjudice :

- les préjudices financiers
- les frais engagés pour soigner la victime, restés à sa charge (hospitalisation, chirurgie, pharmacie, rééducation, etc.)
- les salaires ou revenus que la victime auraient perçus si elle n'avait pas été malade. Si la victime n'exerçait pas d'activité rémunérée, des indemnités forfaitaires peuvent lui être proposées

- l'IPP déterminée par l'expert
- le préjudice personnel
- les souffrances endurées physiques et psychiques
- les autres préjudices (d'agrément, préjudice esthétique...).

La proposition d'indemnisation du FIVA tiendra compte des sommes que l'intéressé a déjà perçues (prestations versées par la Caisse d'assurance maladie, indemnités journalières de maladie ou prestations d'invalidité versées par des mutuelles, des institutions de prévoyance, des assureurs, rémunération maintenue par l'employeur pendant la période d'une activité...). Lorsque la victime perçoit une rente au titre de sa maladie professionnelle par un organisme de sécurité sociale, celle-ci vient en déduction de la rente du FIVA. La somme est versée par le FIVA sous déduction de l'indemnisation (capital ou rente) versée par la Sécurité sociale à la victime ou à l'ayant droit.

Cela signifie que le FIVA ne verse effectivement que le complément, s'il y en a un (c'est-à-dire si la rente du FIVA est supérieure à celle de l'organisme de sécurité sociale. Deux solutions sont possibles :

- soit l'indemnisation de la sécurité sociale est supérieure à celle proposée par le FIVA et le FIVA ne verse pas de complément
- soit l'indemnisation proposée par le FIVA est supérieure à celle de la sécurité sociale et celui-ci verse un complément.

La victime a ainsi la garantie de disposer d'un montant au moins équivalent à celui du FIVA.

Lorsque la victime a le droit à plusieurs rentes au titre du FIVA, c'est la somme des rentes (préjudice d'incapacité, préjudice professionnel, tierce personne) qu'il faut comparer à la rente versée par l'organisme de sécurité sociale.

Le FIVA indique le montant de l'indemnisation proposé pour chaque chef de préjudice.

A titre d'exemple, si la rente de sécurité sociale en maladie professionnelle est inférieure à la rente du barème du FIVA : rente FIVA de 6.000 € et rente de sécurité sociale de 5.000 €, la victime touchera 5.000 € par la sécurité sociale et 1.000 € par le FIVA.

Si la rente de la sécurité sociale est supérieure à la rente du barème FIVA : rente du FIVA de 6.000 € et une rente de sécurité sociale de 8.000 €, la victime touchera

8.000 € par la sécurité sociale et pas de complément par le FIVA.

Dans tous les cas, le FIVA indemnisera néanmoins les préjudices extrapatrimoniaux (souffrances physiques et morales, perte de la qualité de vie...) qui seront toujours versés sous forme de capital.

La déduction des prestations sociales en soustraction de la rente du FIVA au titre du préjudice patrimonial, pour le calcul de l'indemnisation due par le FIVA, doit se faire période par période, pour les arriérés d'abord, pour la rente future ensuite. Ceci a été établi par l'arrêt Duquennoy de la Cour de Cassation rendu le 26 décembre 2006 (et confirmé les 21 décembre 2006 et 15 février 2007 notamment).

Exemple de calcul de la déduction des prestations sociales :

Considérons le cas d'un homme de 50 ans avec : 17,936 pour coefficient de la capitalisation (FIVA), une date de première constatation médicale de sa pathologie le 1^{er} janvier 2005 (date prise en compte le calcul FIVA), un certificat médical initial du 1^{er} janvier 2006 (date prise en compte pour le calcul de la rente de la Sécurité sociale au titre de la maladie professionnelle). La Sécurité sociale lui octroie un taux d'IPP de 15 %, et lui verse une rente annuel de 1200 euros (le montant n'est pas réaliste). Le FIVA lui accorde une IBF (incapacité barème FIVA) de 10 %, avec une rente de 903 euros par an (rente 2007).

Calcul des arriérés :

Pour la sécurité sociale, le 1^{er}/01/06 au 1^{er}/01/07 : 1200 €.

Pour le FIVA, du 1^{er}/01/05 au 1^{er}/01/07 : 903 x 2 = 1806 €.

Capitalisation des rentes pour l'avenir :

Pour la sécurité sociale, 1200 x 17,396 = 21.523,20 €.

Pour le FIVA, 903 x 17,936 = 16.196,20 €.

Auparavant, le FIVA procérait ainsi :

Total sécurité sociale (arriérés + rente capitalisée) : 1.200 + 21523.20 = 22723.20 €.

Total FIVA (arriérés + rente capitalisée) : 1806 + 16196.20 = 18002.20 €.

Le solde du FIVA est inférieur au solde Sécurité sociale donc le FIVA n'a rien à verser au titre du préjudice patrimonial.

Depuis l'arrêt Duquennoy de la Cour de Cassation, le FIVA doit procéder ainsi :

Comparaison des arriérés : 1806 euros (FIVA) - 1200 euros (sécu) = 606 euros.

Cette somme doit être versée par le FIVA.

Comparaison des rentes capitalisées pour l'avenir : 21523.20 euros (rente maladie professionnelle de la Sécurité sociale) est une somme supérieure à celle versée par le FIVA soit 16196.20 euros.

Le FIVA ne verse donc rien à ce titre.

Dans cette situation, le FIVA serait amené à verser 606 euros en réparation du préjudice patrimonial.

L'offre est notifiée par le directeur du FIVA par lettre recommandée avec accusé de réception. Il faut relever qu'une indemnisation est proposée même en l'absence de consolidation.

Les demandeurs (victimes ou leurs ayants droit) se trouvant dans l'une des deux situations valant, à l'égard du FIVA, justification de l'exposition à l'amiante (maladie professionnelle reconnue ou maladie figurant sur la liste faisant partie des maladies dont le constat vaut justification de l'exposition à l'amiante) peuvent obtenir, sur demande de leur part auprès du FIVA, le versement d'une provision. Le FIVA a alors un mois pour statuer à partir de la réception de la demande de provision. Le montant des provisions à titre d'acompte dans l'attente de l'indemnisation globale est fixe. A titre d'exemple, au 01.06.05 une victime atteinte de mésothéliome touchera 35.000 € de provision, une victime ayant une plaque pleurale, 4.000 €. Le conjoint survivant d'une personne décédée de l'amiante touchera 13.000 € de provision, un enfant mineur 8.000 €, un enfant majeur 5.000 €.

Pour le Fonds, le point de départ de l'indemnisation est la date des premières manifestations cliniques, pour les pathologies bénignes et la date du diagnostic anatomo-pathologique pour les pathologies malignes.

Bien sûr, en cas d'aggravation de la maladie, le FIVA, sur nouvelle demande, ouvre à nouveau le dossier et propose un complément d'indemnisation.

83. L'acceptation de l'offre

Si l'offre du Fonds est acceptée, celui-ci dispose de deux mois pour verser les indemnités.

Le taux d'acceptation des offres du Fonds est de 95 % selon le rapport d'activité du FIVA de juin 2004 / mai 2005. L'acceptation de l'offre du FIVA rend irrecevable

tout autre action juridictionnelle en réparation du même préjudice. Même si la victime estime après coup avoir été insuffisamment indemnisée, il n'a pas de recours possible si l'offre du FIVA a été acceptée (article 53-IV de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 modifié par la loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002).

Surtout l'acceptation de l'offre par la victime vaudra désistement des actions juridictionnelles en indemnisation. La victime ne pourra plus ainsi intenter un recours pour faute inexcusable de l'employeur devant le TASS. Il ne pourra plus solliciter une indemnisation auprès des juridictions pénales. Elle pourra néanmoins saisir la juridiction pénale pour demander une condamnation du responsable de l'infraction. Cette indemnisation se substituera donc à celle accordée par les CIVI. Le Fond peut donc intervenir à titre principal, tant devant les juridictions civiles (notamment dans le cadre d'une action en reconnaissance en maladie professionnelle ou de faute inexcusable de l'employeur), que devant les juridictions pénales.

Après avoir indemnisé la victime, il dispose de la possibilité de se retourner contre l'auteur réel du dommage s'il existe, ou contre la personne tenir de la réparer (recours subrogatoire vis-à-vis de l'employeur, de la Sécurité Sociale).

Le fonds pourra ainsi agir en justice à la place de la victime afin de se faire rembourser. Il peut également user de toutes les voies de recours qui auraient pu être exercées par la victime. Le FIVA exerce ainsi l'action subrogatoire, à concurrence des sommes versées, contre le responsable du dommage causé, notamment par la procédure de reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur. Une difficulté a surgi, l'articulation entre les actions subrogatoires du FIVA et l'indemnisation complémentaire des victimes ou de leur ayants droit n'étant pas toujours résolue de manière uniforme. En effet, si l'acceptation de l'offre du FIVA vaut désistement de toute action, le FIVA est subrogé à hauteur des sommes qu'il a versées, mais il doit faire une offre dans les mêmes conditions si une indemnisation complémentaire est susceptible d'être accordée dans le cadre d'une procédure pour faute inexcusable de l'employeur (article 53-4 alinéa 2 de la loi du 23 décembre 2000). De plus, la portée du désistement de la victime n'est pas appréciée de manière uniforme par toutes les juridictions, certaines (TASS de Marseille et de Nantes, Cour d'appel de Paris) estimant que l'acceptation d'une offre n'empêche pas de se maintenir dans le cadre de la reconnaissance de la faute inexcusable pour obtenir la majo-

ration de la rente, d'autres analysant l'acceptation comme un désistement d'action global, position confirmée a contrario par une décision du Conseil Constitutionnel du 19 décembre 2000 et par un arrêt de la Cour d'appel de Rennes du 18 mai 2005 (décision n° 156/05 FIVA c/ X* et Chantiers de l'Atlantique), estimant que l'accord signé avec le Fonds valant désistement des actions juridictionnelles en cours et renonciation à toute action juridictionnelle future en réparation du même préjudice, les consorts X ne sont plus recevables à agir devant la Cour d'appel.

Cette même décision ayant rejeté comme irrecevable la demande du fonds tendant à fixer la majoration de rente, a été cassé sur ce seul point par la Cour de cassation (pourvoi n° 05-16807 de la 2^e Chambre civile de la Cour de Cassation du 31-05-2006), qui a fixé en l'espèce la majoration de rente au maximum.

Les jurisprudences contraires (TASS de Marseille et de Nantes, Cour d'appel de Paris) devront donc être reconsidérées.

Le FIVA a la possibilité de recouvrer les sommes versées aux victimes ou ayant droit lorsqu'il s'agit de fonctionnaire au titre de l'arrêt Moya-Caville (arrêt du Conseil d'état du 04.07.03).

La victime ou ses ayants droit demeurent libres de ne pas saisir le Fond et d'engager des actions en justice en droit commun. La voie judiciaire reste utilisée par les victimes désirant voir condamner (même symboliquement) leur employeur, lorsque la faute inexcusable semble acquise devant le TASS, ce qui permet avec certitude d'obtenir la majoration de la rente alors que le FIVA n'offre cette majoration qu'après avoir entrepris un recours subrogatoire. Les deux démarches peuvent être cumulées, d'une part devant le TASS (pour le salarié victime d'une maladie professionnelle liée à l'amiante), et d'autre part devant le FIVA.

Les salariés victimes de l'amiante peuvent donc choisir entre deux stratégies : soit s'adresser au FIVA, soit se retourner contre l'employeur considéré comme responsable.

Si l'offre d'indemnisation du FIVA ne paraît pas suffisante aux salariés, ils pourront donc tenter d'obtenir davantage par une action en justice contre l'entreprise.

Il convient de souligner que par l'arrêt de la Cour de Cassation du 28 février 2002, en cas de décès des victimes, les droits des héritiers sont reconnus devant les tribunaux; il se verront donc transférer les droits de la

victime, qu'il s'agisse de la majoration de la rente ou de la réparation des autres préjudices.

En cas d'aggravation, l'indemnisation, tant pour les préjudices économiques que pour les préjudices personnels, est révisée en fonction de l'évolution de l'incapacité.

En revanche, lorsqu'il estime que les conditions légales ne sont pas remplies, le FIVA notifie son refus au demandeur par lettre recommandée avec accusé de réception et lui en expose les motifs (décret n°2001-963 du 23 octobre 2001). Il doit lui indiquer également les délais et voies de recours contre cette décision (2 mois à compter de la notification de l'offre d'indemnisation ou du refus d'indemnisation).

Le recours est limité à 3 hypothèses : si la demande d'indemnisation a été rejetée par le FIVA, si l'offre n'a pas été présentée dans les six mois ou si l'offre du FIVA a été refusée.

84. Le refus de l'offre

Face à la proposition du FIVA, la victime peut refuser l'offre qui lui a été faite et la contester en justice devant la Cour d'Appel dans le ressort de laquelle se trouve le domicile du demandeur, et ce, dans un délai de deux mois. Ce délai court à partir de la notification, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, de l'offre d'indemnisation ou du constat établi par le Fonds que les conditions d'indemnisation ne sont pas réunies.

Bien qu'étant un établissement public, les recours ne s'exercent pas devant les juridictions administratives mais devant les juridictions judiciaires (Cours d'appel).

Il convient de noter qu'entre 0 et 10 %, la valeur du point d'IPP est inférieure à cette même valeur d'1 % du taux d'IPP entre 11 % et 100 %. La plupart des indemnisations concernent des taux d'IPP entre 0 et 10 %. Ceci constitue un argument pour contester la valeur de l'indemnisation proposée par le FIVA devant les tribunaux puisque l'on peut considérer que la valeur des petits taux est biaisée.

Anne Guégan-Lécuyer (Dalloz, 2005, n°8, p. 531-5) a étudié des recours après refus des offres d'indemnisation du FIVA. Certaines Cours d'appel considèrent que le barème du FIVA n'est pas équitable car il n'est pas linéaire. Elles estiment qu'un point d'invalidité doit avoir la même valeur quelle que soit l'invalidité. Cette prise en compte de la linéarité a pour effet de doubler la rente du FIVA pour les petits taux.

Certaines Cours d'appel ont jugé les offres d'indemnisation insuffisantes et ont prononcé des montants supérieurs à ceux initialement offerts par le FIVA, que ce soit pour le montant de la rente, le préjudice d'agrément, le souffrances endurées mais aussi pour le préjudice esthétique (lié aux cicatrices et à l'amaigrissement important). Il est mis en avant la connaissance d'un pronostic désastreux pour le mésothéliome, mais aussi la nécessité d'un suivi médical génératrice d'angoisse et la crainte subjective d'une apparition possible de maladies plus grave pour les porteurs de plaques pleurales. Les offres diffèrent d'une Cour d'appel à l'autre, la CA de Paris étant réputée l'une des plus généreuses, avec des sommes allouées allant jusqu'à 48.000 euros pour les plaques pleurales. Les sommes attribuées peuvent donc être augmentées après un recours devant une Cour d'appel. Malgré ces réserves, toute action devant la justice se fait au prix d'une procédure souvent longue. Accepter une offre du FIVA, c'est se voir octroyer une indemnisation intégrale et rapide, d'autant que les victimes de pathologie cancéreuse liée à l'aimanté sont souvent décédées avant la fin de leur procédure. Si l'offre est jugée manifestement insuffisante, il est toujours possible de faire un recours devant la Cour d'appel. Le FIVA reste la solution préférée par les victimes.

Les décisions des Cours d'appel ne sont pas systématiquement favorables ou neutres dans le montant du préjudice évalué.

En effet la Cour de cassation a rejeté par 2 arrêts du 11.10.07, les pourvois fondés sur la contestation du montant de l'indemnisation fixé par des Cours d'appel en dessous de l'offre initiale de FIVA, l'une pour le préjudice d'agrément, et l'autre pour le préjudice moral.

En espèce pour le préjudice d'agrément, le FIVA a accordé 15.000 Euros, la Cour d'appel de Rouen le 22 Novembre 2006, 3.000 euros, (arrêt de la Deuxième Chambre civile de la Cour de cassation du 11 Octobre 2007, numéro 07-10.887) et pour le préjudice moral, le FIVA a accordé 16.300 euros et la Cour d'appel de Pau, le 7 Novembre 2006, 15 000 euros, (arrêt de la Deuxième Chambre civile de la Cour de Cassation du 11.10.07, numéro 07-10.097).

On remarquera que dans ces deux cas, le FIVA dans ses conclusions a incité la Cour d'appel à confirmer purement et simplement son offre.

Les recours sont traités par le Cour d'appel dans le ressort de laquelle le demandeur réside. La victime conteste devant la cour d'appel de Paris à défaut de domicile en France. Ensuite, un pourvoi devant la Cour de cassation est possible. Le refus de l'offre permet au

demandeur de conserver la possibilité d'agir, soit devant la Cour d'appel contre le Fonds, soit contre la personne qu'il estime responsable en reconnaissance de faute inexcusable, ou en responsabilité civile, ou devant le juge administratif à la recherche d'une responsabilité de l'Etat selon sa situation.

Les demandes d'indemnisation présentées pour la première fois en cause d'appel sont recevables. Une victime ou un ayant droit qui conteste l'offre du FIVA, peut ainsi demander l'indemnisation d'un préjudice qu'il n'avait pas demandé au FIVA (arrêt n°1278 de la 2^e Chambre civile de la Cour de cassation du 13.07.05 : Cts Mamy ; arrêt de la 2^e Chambre civile de la Cour de cassation du 18.01.06 n°117 F-D, n°116 F-D, n°118 F-D).

La Cour de cassation n'exige pas que tous les ayants droits saisissent la Cour d'appel en contestation de l'offre présentée par le FIVA. Il suffit que certains d'entre eux la saisissent pour que la contestation soit recevable (arrêt de la 2^e Chambre civile de la Cour de cassation du 25.10.05 : consorts Bourneuf).

L'arrêt de la Cour de Cassation Jaffry du 4 juillet 2007 estime que, lorsqu'il y a plusieurs ayants droit, il peut être fait appel de l'offre du FIVA devant n'importe laquelle des Cours d'appel dans le ressort desquelles se trouve le domicile des ayants droit. Tous les appels sont regroupés devant une même Cour d'appel. Il n'y a pas lieu à saisir impérativement la Cour d'appel dans le ressort de laquelle se trouve le dernier domicile du défunt. Dans cette affaire, la Cour d'appel de Nouméa, ville où résidait un des ayants droit, a été déclarée compétente. Cette décision permet de « choisir », une Cour d'appel dont la jurisprudence est considérée comme plus favorable.

ε. Le calcul de l'indemnisation par le FIVA

Elle se base sur un barème spécifique au FIVA qui est indicatif. Le barème d'indemnisation est indicatif, autrement dit, chaque proposition d'indemnisation sera faite après analyse de la situation individuelle de la victime.

ε1. La victime est encore vivante

Conformément à la loi, les indemnités déjà versées par d'autres organismes (sécurité sociale, mutuelles, employeur...) pour la réparation des mêmes préjudices restent acquises aux victimes. En revanche, elles sont déduites de l'indemnisation calculée par le FIVA pour les mêmes préjudices.

Ainsi la victime a la garantie de disposer d'un montant au moins équivalent à celui du FIVA.

Le Conseil d'Administration du FIVA, en vertu d'une décision adoptée par le Conseil d'Administration du FIVA du 28 mars 2003, stipule que le préjudice fonctionnel ferait l'objet d'un versement en rente.

Le mode de versement de la rente future dépend de son montant annuel. Le montant pris en compte pour déterminer le mode de versement est le montant annuel total effectivement dû par le FIVA. Il est obtenu en additionnant les montants des postes de préjudices évalués en rente par le FIVA (préjudice d'incapacité, préjudice professionnel et tierce personne) et en déduisant, le cas échéant, de ce total le montant de la rente versée par l'organisme de sécurité sociale au titre de la maladie professionnelle.

si le montant annuel de la rente est inférieur à 500 euros, la rente est transformée en capital et le capital représentatif de la rente est versé en une seule fois ; le FIVA la capitalise selon sa propre table de capitalisation. Par exemple, le FIVA considère le prix de l'euro de rente à 51 ans (âge à la déclaration de la maladie) comme correspondant à 17,639 € en fonction de sa propre table de capitalisation.

Le principe est le versement d'une rente dès lors que la rente annuelle versée par le FIVA est supérieure à 500 €. En vertu d'une décision adoptée par le Conseil d'Administration du FIVA du 28 mars 2003 :

- si le montant annuel de la rente est compris entre 500 et 2000 euros, la rente est versée annuellement
- si le montant annuel de la rente est supérieur à 2000 euros, la rente est versée trimestriellement
- le Conseil d'Administration du FIVA, en vertu d'une décision adoptée par le Conseil d'Administration du FIVA du 28 mars 2003, distingue :
 - les préjudices patrimoniaux ayant un caractère répétitif dont l'indemnisation serait versée sous forme de rente, comme par exemple, le préjudice professionnel ou la tierce personne
 - les autres préjudices patrimoniaux dont l'indemnisation serait versée en capital, comme par exemple, les frais de soins (passés et futurs) restant à la charge du demandeur et les frais d'aménagement des locaux d'habitation ou du véhicule restant à la charge du demandeur.

Le calcul de l'indemnisation par le FIVA se base sur l'utilisation d'un barème spécifique adopté par le FIVA.

Face à la dispersion et à l'inégalité des décisions des tribunaux en fonction des régions, le barème spécifique adopté par le FIVA rétablit une équité dans l'indemnisation des victimes. L'existence de ce barème permet de garantir l'égalité de traitement entre les victimes et d'assurer une cohérence dans la prise en compte des différents préjudices.

Le montant annuel de la rente dépend uniquement du taux d'incapacité attribué par le FIVA. Contrairement à la rente d'incapacité du régime général de la sécurité sociale, la rente du FIVA est indépendante du salaire de la victime.

Le principe de l'indemnisation par le FIVA, comme en droit commun est que la date de départ de l'indemnisation est la date de constatation du dommage et que l'évaluation est faite au jour de l'offre.

L'indemnisation doit donc se décomposer entre l'arriéré de rente (pour la période entre la date de la constatation de la maladie et la date de l'offre) et la capitalisation de la rente future, évaluée au jour de l'offre, c'est-à-dire en prenant le prix de l'euro de rente correspondant à l'âge de la victime au jour de l'offre.

Les arriérés de rente, c'est-à-dire les sommes dues par le FIVA au titre de la rente pour la période allant du jour du constat médical au jour de l'offre, sont versés sous forme de capital en une seule fois.

Le barème du FIVA varie en fonction du taux d'IPP et de l'âge de la victime au moment de la reconnaissance de sa maladie.

Le barème du FIVA respecte une double logique, privilégier les victimes jeunes et celles atteintes de maladies graves.

Deux critères permettent au fonds d'établir la valeur de référence de l'indemnisation :

- la pathologie et son degré de gravité mesuré suivant un barème médical d'incapacité
- l'âge de la victime au moment de la constatation de la maladie.

L'indemnisation du FIVA varie en fonction de la gravité de la maladie et de l'âge. Plus l'incapacité est importante, plus la victime est jeune et plus l'indemnisation augmente.

Dans l'élaboration de ce barème, certaines particularités doivent être soulignées :

- Une table de capitalisation est nécessaire pour convertir, le cas échéant, le montant des rentes en capitaux (et inversement).

Le barème du FIVA prend en compte une table de capitalisation qui lui est propre et qui est calculée sur des paramètres actualisés (table de mortalité actuelle, taux d'intérêt conforme aux données économiques de 3,5 %).

Le tableau de conversion rente/capital est actualisé sur deux rubriques : l'espérance de vie et le taux d'intérêt réel connus en 2002. Il ne s'agit pas d'un tableau comme en droit commun remontant à près de 20 années.

Le prix de l'euro de rente est fixé par la table de capitalisation de conversion rente-capital suivant les projections démographiques de l'INSEE 2002, au taux de 3,5 % ci-dessous adoptée par le FIVA (voir tableau 1).

A titre d'exemple, imaginons une personne âgée de 57 ans dont la date de la maladie a été fixée à 6 ans et 4 jours (à l'âge de 51 ans) avant la date de l'offre par le FIVA.

L'arriéré de rente s'élève à une rente de 400 € pendant 6 ans et 4 jours :

$$400 \times 6 + 400 \times 4 / 365 = 2404,38 \text{ €.}$$

La capitalisation de la rente future se calcule sur la base de la rente de 400 € avec le prix de l'euro de rente à 57 ans : 15,719 € :

$$400 \times 15,719 = 6.287,60 \text{ €}$$

Le capital à verser par le FIVA au titre de l'incapacité est donc de $2.404,38 \text{ €} + 6.287,60 \text{ €} = 8.691,98 \text{ €.}$

— Le principe de l'indemnisation de l'incapacité par le FIVA est la rente viagère et non le capital, qui est uniquement une modalité de versement dans des cas particuliers. Le préjudice d'incapacité est évalué sous forme de rente.

Les rentes versées par le FIVA sont réévaluées automatiquement au 1^{er} janvier de chaque année : elles sont indexées sur l'inflation (plus précisément sur l'inflation prévisionnelle hors tabac corrigée des écarts constatés, en référence à l'article L.161-23-1 du Code de la sécurité sociale). Le tableau calculant la rente annuelle accordée par le FIVA en euros en fonction du taux d'incapacité en pourcentage, est modifié chaque année en tenant compte de l'inflation.

Le montant (en euros) de la rente d'incapacité du FIVA en fonction du taux d'incapacité est donné en annexe pour 2003 et 2007 (voir tableaux 2 et 3).

Concernant les IPP de 5 %, les décisions des tribunaux sont dispersées dans une fourchette de 7.622 € pour une victime de 56 ans, à 46.000 € (victime de 57 ans).

Concernant les IPP à 100 %, elles ont été de 149.850 € pour une victime âgée de 48 ans à 312.000 € pour une victime âgée de 40 ans.

Ces montants ne sont pas des sommes nettes, il faut y retrancher le coût de la procédure qui peut atteindre 20 % du total. Les offres d'indemnisation du FIVA seront, quant à elles, des montants nets.

ε.1.1. Le calcul de l'IPP

L'évaluation de l'incapacité fonctionnelle s'établit à partir d'un barème médical spécifique différent du barème de la Sécurité sociale.

Elle repose sur une approche par point.

Il est fixé une valeur du point de rente linéaire légèrement croissante (facteur 1 à 2 entre 5 et 100 %) dont la valeur est de 80 €, à 5 % ; et de 160 € à 100 %.

L'indemnisation de l'incapacité par le FIVA est servie sous forme de rente dont la valeur est croissante en fonction du taux d'incapacité. Par exemple, pour une incapacité de 100 %, la rente est de 16.240 € par an en 2004.

Il convient de signaler que l'indemnisation par le FIVA du préjudice patrimonial est très souvent inférieure à une indemnisation par une rente accident du travail au titre de l'IPP notamment si elle est majorée en cas de reconnaissance de la cause inexcusable (voir tableau 4).

Le calcul de l'IPP s'opère en fonction des éléments suivants :

— Certaines lésions anatomiques autres que cancéreuses se voient reconnaître automatiquement un taux d'IPP (fibrose, plaques pleurales, épaississements pleuraux, asbestose...).

Un taux de base est défini en fonction des lésions anatomiques. Il est de 5 % pour les plaques pleurales, de 8 % pour les épaississements pleuraux et de 10 % pour les asbestoses. La France est le seul pays qui indemnise les plaques pleurales, qui peuvent être considérées comme un marqueur de l'exposition mains n'entraînant pas de symptomatologie. Cependant, ce marqueur peut être source d'angoisse pour la personne qui sait avoir été exposée et est menacée par une pathologie grave telle qu'un mésothéliome.

L'insuffisance respiratoire chronique se voit également affecter un taux d'IPP en fonction de son importance. De même les cancers se voient affecter un pourcentage propre.

Tableau 1.

Age en années	Prix d'un euro de rente viagère	Age en années	Prix d'un euro de rente viagère	Age en années	Prix d'un euro de rente viagère
16	24,751	56	16,058	96	2,221
17	24,627	57	15,719	97	2,070
18	24,502	58	15,378	98	1,952
19	21,375	59	15,030	99	1,921
20	24,244	60	14,677	100	1,920
21	24,111	61	14,320	101	1,918
22	23,973	62	13,953	102	1,916
23	23,831	63	13,582	103	1,911
24	23,683	64	13,205	104	1,905
25	23,531	65	12,826	105	1,895
26	23,373	66	12,438	106	1,879
27	23,210	67	12,048	107	1,856
28	23,042	68	11,651	108	1,821
29	22,867	69	11,247	109	1,768
30	22,688	70	10,843	110	1,687
31	22,503	71	10,437	111	1,563
32	22,312	72	10,025	112	1,376
33	22,115	73	9,610	113	1,091
34	21,912	74	9,189	114	0,658
35	21,705	75	8,771		
36	21,492	76	8,352		
37	21,272	77	7,930		
38	21,049	78	7,514		
39	20,821	79	7,096		
40	20,584	80	6,693		
41	10,344	81	6,294		
42	20,099	82	5,907		
43	19,850	83	5,539		
44	19,594	84	5,175		
45	19,332	85	4,827		
46	19,064	86	4,494		
47	18,793	87	4,179		
48	18,514	88	3,881		
49	18,227	89	3,606		
50	17,936	90	3,344		
51	17,639	91	3,103		
52	17,337	92	2,889		
53	17,027	93	2,685		
54	16,711	94	2,513		
55	16,390	95	2,353		

Tableau 2 : Rente d'incapacité du FIVA
Montant annuel en fonction du taux d'incapacité

Année 2003

Taux	Rente FIVA	Taux	Rente FIVA	Taux	Rente FIVA	Taux	Rente FIVA
1 %		26 %	5278	51 %	6056	76 %	10624
2 %		27 %	2660	52 %	6218	77 %	60829
3 %		28 %	2782	53 %	6382	78 %	11035
4 %		29 %	2906	54 %	6548	79 %	11243
5 %	400	30 %	3032	55 %	6716	80 %	11453
6 %	485	31 %	3159	56 %	6885	81 %	11664
7 %	572	32 %	3288	57 %	7056	82 %	11877
8 %	660	33 %	3418	58 %	7229	83 %	12092
9 %	750	34 %	3550	59 %	7403	84 %	12308
10 %	842	35 %	3684	60 %	7579	85 %	12526
11 %	936	36 %	3820	61 %	7757	86 %	12746
12 %	1031	37 %	3957	62 %	7936	87 %	12969
13 %	1128	38 %	4096	63 %	8117	88 %	13191
14 %	1226	39 %	4237	64 %	8300	89 %	13416
15 %	1326	40 %	4379	65 %	8484	90 %	13642
16 %	1428	41 %	4523	66 %	8670	91 %	13870
17 %	1532	42 %	4669	67 %	8858	92 %	14100
18 %	1637	43 %	4816	68 %	9048	93 %	14332
19 %	1744	44 %	4965	69 %	9239	94 %	14565
20 %	1853	45 %	5116	70 %	9432	95 %	14800
21 %	1963	46 %	5168	71 %	9626	96 %	15037
22 %	2075	47 %	5422	72 %	9822	97 %	15275
23 %	2189	48 %	5578	73 %	10020	98 %	1515
24 %	2304	49 %	5732	74 %	1220	99 %	15757
25 %	2421	50 %	5895	75 %	10421	100 %	16000

Tableau 3 : Rente d'incapacité du FIVA
Montant annuel en fonction du taux d'incapacité

Année 2008

Taux	Rente FIVA	Taux	Rente FIVA	Taux	Rente FIVA
1 %		35 %	3996	68 %	9813
2 %		36 %	4143	69 %	10021
3 %		37 %	4293	70 %	10230
4 %		38 %	4443	71 %	10442
5 %	434	39 %	4598	72 %	10654
6 %	526	40 %	4750	73 %	10869
7 %	620	41 %	4906	74 %	11086
8 %	716	42 %	5064	75 %	11304
9 %	813	43 %	5224	76 %	11524
10 %	913	44 %	5386	77 %	11745
12 %	1015	45 %	5549	78 %	11969
13 %	1120	46 %	5714	79 %	12196
14 %	1223	47 %	5818	80 %	12423
15 %	1329	48 %	6051	81 %	12652
16 %	1439	49 %	6222	82 %	12883
17 %	1549	50 %	6324	83 %	13116
18 %	1661	51 %	6568	84 %	13551
19 %	1775	52 %	6744	85 %	13588
20 %	1892	53 %	6923	86 %	13825
21 %	2010	54 %	7103	87 %	14066
22 %	2129	55 %	7285	88 %	14308
23 %	2253	56 %	7468	89 %	14552
24 %	2374	57 %	7653	90 %	14798
25 %	2499	58 %	7841	91 %	15046
26 %	2755	59 %	8030	92 %	15294
27 %	2885	60 %	8220	93 %	15546
28 %	3018	61 %	8413	94 %	15799
29 %	3152	62 %	8609	95 %	16054
30 %	3289	63 %	8805	96 %	16310
31 %	3426	64 %	9003	97 %	16569
32 %	3566	65 %	9203	98 %	16829
33 %	3707	66 %	9404	99 %	17091
34 %	3851	67 %	9609	100 %	17355

Tableau 4 : Montant de l'indemnisation du taux d'IPP en 2004.

Taux d'incapacité (en %)	Rente annuelle accordée par le FIVA (en €)
5	406
10	855
15	1.346
20	1.880
25	2.457
30	3.077
35	3.739
40	4.445
45	5.193
50	5.983
55	6.817
60	7.693
65	8.611
70	9.573
75	10.577
80	11.624
85	12.714
90	13.847
95	15.022
100	16.240

— Mesure de l'insuffisance respiratoire selon un barème propre

Intervient dans ce taux un pourcentage résultant du déficit fonctionnel respiratoire (classification avec des niveaux allant de 1 à 5).

Ces taux d'incapacité prennent en compte la CPT (capacité pulmonaire totale), le VEMS, la DLCO-VA, ainsi que la PaO₂.

Cependant le taux résultant de la pathologie provoquée par l'amiante est souvent difficile à évaluer avec précision du fait de l'intrication avec les séquelles du tabagisme

Les valeurs théoriques (ou valeurs de référence) et les méthodes de mesure sont celles recommandées par l'European Respiratory Society en 1993 : European Respiratory Journal 1993 ; 6 (supplément n°16) ; Revue des Maladies Respiratoires 1994 : 11 (supplément n°3). Ce barème suit le barème du Haut comité médical de la Sécurité sociale.

* Niveau 1 : Taux d'incapacité de 5 à 10 %

Déficit fonctionnel caractérisé par au moins un des critères suivants :

- atteinte isolée de l'échangeur alvéolocapillaire avec rapport DLCO (Diffusion liminaire du monoxyde de carbone) /VA (Ventilation alvéolaire) mesurée par la méthode en apnée compris entre 70 et 80 % de la valeur théorique

- rapport VEMS (Volume expiratoire maximum entre 0 et 1 seconde de la Capacité vitale forcée) /CVL (Capacité vitale lente) inférieur à 80 % de la théorique lorsque le VEMS et la CVL sont supérieurs à 80 % de la valeur théorique.

* Niveau 2 : Taux d'incapacité de 10 à 20 %

Déficit fonctionnel caractérisé par au moins un des critères suivants :

- CPT (Capacité pulmonaire totale) mesurée si possible en pléthysmographie comprise entre 70 et 80 % de la valeur théorique
- VEMS compris entre 70 et 80 % de la valeur théorique
- DLCO/VA mesurée si possible en pléthysmographie comprise entre 60 et 70 % de la valeur théorique ;

* Niveau 3 : Taux d'incapacité de 20 à 40 %

Déficit fonctionnel caractérisé par au moins un des critères suivants :

- CPT mesurée si possible en pléthysmographie comprise entre 60 et 70 % de la valeur théorique
- VEMS compris entre 60 et 70 % de la valeur théorique
- DLCO/VA mesurée si possible en pléthysmographie inférieur à 60 % de la valeur théorique.

* Niveau 4 : Taux d'incapacité de 40 à 65 %

Déficit fonctionnel caractérisé par au moins un des critères suivants :

- CPT mesurée si possible en pléthysmographie comprise entre 50 et 60 % de la valeur théorique
- VEMS compris entre 50 et 60 % de la valeur théorique
- PaO₂ de repos mesurée par ponction artérielle en position assise, sans oxygène depuis au moins une demi-heure comprise entre 60 et 70 torr (8 à 9,3 kPa).

* Niveau 5 : Taux d'incapacité de 65 % à 100 %

Déficit fonctionnel caractérisé par au moins un des critères suivants :

- CPT mesurée si possible en pléthysmographie inférieure à 50 % de la valeur théorique
- VEMS compris entre 50 et 60 % de la valeur théorique
- PaO₂ de repos mesurée par ponction artérielle en position assise, sans oxygène depuis au moins une demi-heure inférieure à 60 torr (8 kPa).

Ce barème propre quantifiant l'insuffisance respiratoire est pondéré par les facteurs suivants :

- Les taux d'incapacité attribués pour le déficit fonctionnel sont majorés de 1 à 10 % en fonction des symptômes (douleur thoracique chronique, toux chronique)
- A l'intérieur de chaque tranche de déficit fonctionnel, le taux d'incapacité devra tenir compte de la dyspnée et des résultats d'un éventuel test de marche de 6 minutes
- Une épreuve d'effort pourra être proposée en cas de discordance entre les gênes rapportés par la victime et les résultats des tests fonctionnels respiratoires
- Le taux d'incapacité est de 100 % pour les personnes qui sont sous oxygénothérapie en continu (résultant entièrement de la pathologie imputée à l'amiante).

— Indemnisation des cancers

- Le taux d'incapacité accordé d'emblée est de 100 %
- Il peut faire l'objet d'une réévaluation, notamment après opération ; cette réévaluation est faite 2 ans après le diagnostic. Si le cancer reste évolutif, le taux est de 100 %. Si le cancer n'est plus évolutif, le taux est de 70 %
- Une deuxième réévaluation est faite 5 ans après le diagnostic. Dans ce cas, et sous réserve du fait que le cancer continue à ne plus être évolutif, il est fait application du barème, repris du barème de la fonction publique, concernant les conséquences fonctionnelles de l'opération subie et du barème relatif au déficit fonctionnel respiratoire

* Séquelles chirurgicales (barème de la fonction publique)

- Cicatrice pariétale isolée sans conséquences fonctionnelles : 0 %
- Séquelles pleurales isolées : 0 à 10 %

- Selon l'importance de l'exérèse parenchymateuse :

exérèse segmentaire aux conséquences fonctionnelles légères :	5 à 15 %
exérèse lobaire ou bilobectomy droite	20 à 40 %
exérèse pulmonaire	40 à 50 %

Selon l'importance des séquelles pariétales :

- Thoracotomie et cicatrices pariétales avec existence de douleurs ou de gêne séquellaires lors des mouvements respiratoires profonds, notamment à l'effort : 0 à 10 %
 - Thoracoplastie :

selon le déficit fonctionnel en rapport avec les résections costales et les déformations séquellaires

 - Majoration de 0 à 10 % en fonction des douleurs.
- * Déficit fonctionnel respiratoire : voir barème ci-dessus propre à l'insuffisance respiratoire

Un taux supérieur peut être substitué au taux résultant de l'application du barème concernant les séquelles chirurgicales en application du barème concernant le déficit respiratoire ci-dessus.

En fonction des symptômes et de l'insuffisance respiratoire, un taux supérieur peut être substitué à ce taux de base. Les barèmes des taux de l'indemnisation des lésions anatomiques autres que cancéreuses et de l'insuffisance respiratoire se remplacent mutuellement, le plus élevé étant choisi et le plus petit étant abandonné. Ainsi, si le taux de l'insuffisance respiratoire est par exemple de 50 % et s'associe à une asbestose de 10 %, le taux d'IPP final est de 50 %.

ε.1.2. L'indemnisation du préjudice économique

La perte de revenu du foyer du fait de la maladie est prise en compte.

Pour apprécier la réalité des pertes nettes de revenus, le principe de base consiste à soustraire les revenus effectivement perçus durant la période observée (revenus provenant d'un éventuel nouvel emploi, prestations de retraite, prestations sociale ...) au montant qu'aurait dû recevoir l'intéressé si aucune maladie ne l'avait contraint à renoncer à son emploi (ou à en changer), et à indemniser toute différence positive.

— Les préjudices passés :

Lorsque la période observée n'excède pas quelques années et que les salaires jadis perçus étaient d'un niveau

constant, ce montant peut-être obtenu très simplement en multipliant le salaire net perçu avant la maladie par le nombre de mois écoulés au jour de l'offre.

Lorsque l'activité salariée était irrégulière ou que la victime exerçait une profession indépendante, on peut pratiquer une moyenne arithmétique des revenus antérieurs à la maladie sur plusieurs années (cinq par exemple ou moins si ce n'est pas possible) afin d'obtenir un montant moyen mensuel satisfaisant qui permette de défier les aléas de la conjoncture ou les nécessités de certains investissements.

— Les préjudices futurs :

La poursuite de l'indemnisation précédemment évaluée est envisageable, si nécessaire en opérant de nouveau calculs. Le calcul tient compte alors d'un éventuel nouvel emploi, de l'âge théorique de survenue de la retraite (calcul du montant des mensualités qui auraient dû être servies au titre de la retraite si la victime avait poursuivi « normalement » son activité...), des opportunités de promotion professionnelle manquées (en apportant des éléments de preuve établissant la réalité d'incidences pécuniaires liées à de telles opportunités non honorées). Dans ce dernier cas, on recourt au concept de « perte de chance », dans la mesure où celle-ci est certaine et en relation directe avec le fait dommageable (perte d'une chance sérieuse d'accéder à un meilleur emploi : Bulletin des arrêts de la Cour de Cassation, deuxième partie, deuxième Chambre civile, arrêt du 27/02/1985, n°52, p.36...).

L'indemnisation d'un préjudice économique se fonde sur le caractère certain du dommage, condition essentielle à son indemnisation. Les juges écartent donc le plus souvent toute réparation du préjudice économique/professionnel incertain ou éventuel qui pourrait découler d'un calcul se fondant sur des hypothèses successives (espérance de vie de la victime, carrière continue et progressive, environnement économique constant...) qui rendent chaque fois de plus en plus « éventuel » le dommage, qu'il s'agisse de son principe ou de son quantum.

Le demandeur devra donc produire tous les justificatifs permettant l'indemnisation de son préjudice économique (attestation de perte de salaires, de prime, de promotions diverses, décomptes alternatifs de prestations de retraite, fiche de paye, déclarations de revenus...).

Le préjudice professionnel futur se calcule par différence entre le revenu antérieur ou futur certain et le revenu qui fait suite à la survenance de la pathologie. Il

se cumule avec l'indemnisation de l'incapacité (dans la limite de 100 % du revenu antérieur ou futur certain).

En cas de décès de la victime, sa rente est reversée au conjoint survivant à hauteur de 55 %.

ε.1.3. L'indemnisation des souffrances endurées

Le barème du FIVA utilise le terme de préjudice physique.

Le barème définit une valeur de référence suivant la gravité de la pathologie. Le préjudice physique se voit allouer une valeur croissante suivant le taux d'incapacité selon les trois mêmes niveaux que le préjudice moral.

La valeur arrêtée par le Conseil d'administration du FIVA est une valeur centrale qui serait proposée en règle générale. Dans les cas où une expertise médicale serait pratiquée, cette valeur pourrait être modulée à la hausse ou à la baisse.

L'indemnisation peut être modulée autour de cette valeur en fonction de l'état pathologique de la personne. Les marges de variation sont d'autant plus importantes que le taux d'incapacité est faible en ce qui concerne les douleurs. Les marges de modulation sont d'autant plus importantes que le taux d'incapacité est faible en raison du caractère plus hétérogène des situations pathologiques les moins graves.

La modulation est plus forte pour les petits taux d'incapacité que pour les taux élevés (pour lesquels il semble plus difficile de moduler selon les situations individuelles en raison des fortes variations dans le temps et de la difficulté de l'expertise médicale sur ce point).

Globalement, et sauf dossier particulier :

- à 5 %, l'indemnisation peut varier de plus ou moins 100 % autour de la valeur centrale en raison de la grande hétérogénéité des maladies bénignes
- la variabilité diminue ensuite de manière linéaire
- à 100 %, l'indemnisation peut varier de plus ou moins 10 % autour de la valeur centrale.

Dans le cadre du calcul de l'indemnisation du préjudice extrapatrimonial des victimes de l'amiante, un barème d'indemnisation du FIVA calcule le préjudice moral, les souffrances physiques, le préjudice d'agrement en fonction du taux d'IPP et de l'âge de la victime (voir les tableaux ci-après). Ce barème vaut pour toutes les pathologies induites, sauf les cancers opérés.

Le barème d'indemnisation du FIVA des préjudices extrapatrimoniaux en fonction du taux d'incapacité et

de l'âge de la victime. Ce barème vaut pour toutes les pathologies sauf pour les cancers opérés.

Les montants sont données poste de préjudice par poste de préjudice avec les montants minimums, maximums et moyens. Ils sont exprimés en Euros. Les postes de préjudices pris en compte sont : le préjudice moral (PM), les souffrances physiques (SP), le préjudice d'agrément (PA).

Le préjudice esthétique fait l'objet d'un barème spécifique. Ce barème a été mis à jour par le conseil d'administration du FIVA le 01.06.08 avec une majoration des indemnisation de 8,7 % le 1^{er} juin 2008 dont il a été tenu compte (voir tableaux 5 à 12).

Le tableau 12 illustre ce barème à jour en 2003 par l'exemple d'une personne âgée de 60 ans. Les montants de l'indemnisation sont exprimés en euros et sont donnés par poste de préjudice.

Préjudice moral abrégé sous le terme PM

Souffrances physiques abrégées sous le terme SP

Préjudice d'agrément abrégé sous le terme de PA

Pour 2008, il convient de rajouter 8,7 % aux montants

ε.1.4. L'indemnisation du préjudice d'agrément

L'indemnisation du préjudice d'agrément suit une valeur linéaire en fonction de l'incapacité :

La valeur arrêtée par le Conseil d'administration du FIVA est une valeur centrale qui serait proposée en règle générale. En fonction des éléments du dossier et/ou d'une expertise médicale, cette valeur pourrait être modulée à la hausse ou à la baisse.

La modulation est identique à celle prévue pour le préjudice physique, c'est-à-dire les souffrances endurées.

ε.1.5. L'indemnisation du préjudice esthétique

Elle se fait au cas par cas en fonction des constatations médicales (amaigrissement extrême, cicatrices

Tableau 5 : Valeur moyenne du montant de l'indemnisation en 2008 du préjudice extrapatrimonial.
Le préjudice esthétique fait l'objet d'un barème spécifique.

Taux d'IPP	30 ans	31 ans	32 ans	33 ans	34 ans	35 ans	36 ans	37 ans	38 ans	39 ans
5	26740,2	26522,8	26305,4	26088	25761,9	25544,5	25327,1	25001	24783,6	24457,5
8	28044,6	27827,2	27609,8	27392,4	27066,3	26848,9	26631,5	26305,4	26088	25761,9
10	28914,2	28696,8	28479,4	28262	279359	27718,5	27392,4	27175	26848,9	26631,5
15	31196,9	30979,5	30653,4	30436	30109,9	29892,5	29566,4	29240,3	28914,2	28696,8
20	33479,6	33153,5	32936,1	32610	32283,9	32066,5	31740,4	31414,3	31088,2	30762,1
25	35762,3	35436,2	35110,1	34784	34566,6	34240,5	33805,7	33479,6	33153,5	32827,4
30	38045	37718,9	37392,8	37066,7	36740,6	36305,8	35979,7	35653,6	35218,8	34892,7
35	40219	39892,9	39566,8	39240,7	38914,6	38479,8	38153,7	37718,9	37392,8	36958
40	43588,7	43153,9	42827,8	42501,7	42066,9	41632,1	41306	40871,2	40436,4	40001,6
45	51089	50654,2	50219,4	49784,6	49349,8	48915	48371,5	47936,7	47393,2	46849,7
50	58589,3	58154,5	57611	57176,2	2282,7	56089,2	55545,7	55002,2	54350	53806,5
55	66089,6	65546,1	65002,6	64459,1	63915,6	63263,4	62611,2	61959	61306,8	60654,6
60	73698,6	73046,4	72394,2	71742	71089,8	70437,6	69785,4	69024,5	68372,3	67611,4
65	82829,4	82068,5	81416,3	80655,4	80003,2	79242,3	78372,7	77611,8	76850,9	75981,3
70	98373,5	97503,9	96743	95873,4	95003,8	94025,5	93155,9	92177,6	91199,3	90221
75	113917,6	112939,3	111961	110982,7	110004,4	108917,4	107830,4	106743,4	105656,4	104460,7
80	129461,7	128374,7	127287,7	126092	125005	108917,4	122613,6	121309,2	120113,5	118809,1
85	145005,8	143810,1	142505,7	141310	140005,6	123809,3	137288,1	135875	134461,9	133048,8
90	160549,9	159136,8	157832,4	156419,3	155006,2	138701,2	152071,3	150440,8	148919	147288,5
95	17609,4	174572,2	173159,1	171637,3	170006,8	153593,1	166745,8	165006,6	163376,1	161528,2
100	191638,1	190007,6	188377,1	186746,6	185007,4	168376,3	181529	179681,1	177724,5	175767,9

Tableau 6.

Taux d'IPP	40 ans	41 ans	42 ans	43 ans	44 ans	45 ans	46 ans	47 ans	48 ans	49 ans
5	24240,1	22000	23914	21800	23696,6	21500	23370,5	21200	23044,4	20900
8	25435,8	23100	25109,7	22900	24892,3	22600	24566,2	22300	24240,1	22000
10	26305,4	23900	25979,3	23600	25653,2	23300	25327,1	23000	25001	22700
15	28370,7	25800	28044,6	25400	27609,8	25100	27283,7	24800	26957,6	24500
20	30327,3	27600	30001,2	27300	29675,1	26900	29240,3	26600	28914,2	26200
25	32392,6	29500	32066,5	29100	31631,7	28800	31305,6	28400	30870,8	28000
30	34457,9	31300	34023,1	31000	33697	30600	33262,2	30200	32827,4	29800
35	36523,2	33200	36088,4	32800	35653,6	32400	35218,8	32000	34784	31600
40	39566,8	35900	39023,3	35500	38588,5	35100	38153,7	34600	37610,2	34100
45	46306,2	42100	45762,7	41600	45219,2	41100	44675,7	40600	44132,2	40000
50	53154,3	48300	52502,1	47800	51958,6	47200	51306,4	46600	50654,2	4590
55	60002,4	54600	59350,2	53900	58589,3	53200	57828,4	52500	57067,5	51800
60	66850,5	60800	66089,6	60000	65220	59300	64459,1	58500	63589,5	57700
65	75111,7	68300	74242,1	67500	73372,5	66600	72394,2	65800	71524,6	64900
70	89242,7	81100	88155,7	80100	87068,7	79100	85981,7	78100	84894,7	77100
75	103265	93900	102069,3	92800	100873,6	91700	99677,9	90500	98373,5	89300
80	117396	106800	116091,6	105500	114678,5	104200	113265,4	102800	111743,6	101400
85	131527	119600	130005,2	118100	128374,7	116700	126852,9	115200	125222,4	113600
90	145658	132400	143918,8	130800	142179,6	129200	140440,4	127500	138592,5	125800
95	159680,3	145200	157832,4	143500	155984,5	141700	154027,9	139900	152071,3	138000
100	173811,3	158000	171746	156100	169680,7	154200	167615,4	152200	165441,4	150200

Tableau 7.

Taux d'IPP	50 ans	51 ans	52 ans	53 ans	54 ans	55 ans	56 ans	57 ans	58 ans	59 ans
5	21087,8	19100	20761,7	18800	20435,6	18400	20000,8	18100	19674,7	17800
8	22174,8	20100	21848,7	19700	21413,9	19400	21087,8	19000	20653	18700
10	22935,7	20700	22500,9	20400	22174,8	2000	2174	19600	21305,2	19300
15	24674,9	22300	24240,1	21900	23805,3	21600	23479,2	21200	23044,4	20800
20	26414,1	23900	25979,3	23500	25544,5	23100	25109,7	22700	24674,9	22300
25	28262	25600	27827,2	25100	27283,7	24700	26848,9	24200	26305,4	23800
30	30001,2	27200	29566,4	26700	29022,9	26200	28479,4	25700	27935,9	25300
35	31849,1	28800	31305,6	28300	30762,1	27800	30218,6	27300	29675,1	26800
40	34457,9	31200	33914,4	30600	33262,2	30100	32718,7	29500	32066,5	29000
45	40436,4	36500	39675,5	35900	39023,3	35300	38371,1	34600	37610,2	34000
50	46306,2	41900	45545,3	41200	44784,4	40500	44023,5	39700	43153,9	39000
55	52284,7	47300	51415,1	46500	50545,5	45700	49675,9	44800	48697,6	44000
60	58263,2	52700	57284,9	51800	56306,6	50900	55328,3	49900	54241,3	49000
65	65437,4	59200	64350,4	58200	63263,4	57200	62176,4	56100	60980,7	55000
70	77720,5	70300	76416,1	69100	75111,7	67900	73807,3	66600	72394,2	65300
75	90003,6	81400	88481,8	80000	86960	78600	85438,2	77200	83916,4	75700
80	102286,7	92600	100656,2	91000	98917	89300	97069,1	87700	95329,9	86000
85	114569,8	103700	112721,9	101900	110765,3	100100	108808,7	98200	106743,4	96300
90	126852,9	114800	124787,6	112800	122613,6	110800	120439,6	108800	118265,6	106700
95	139136	125900	136853,3	123800	134570,6	121500	132070,5	119300	129679,1	117000
100	151419,1	137000	148919	134700	146418,9	132300	143810,1	129800	141092,6	127300

Tableau 8.

Taux d'IPP	60 ans	61 ans	62 ans	63 ans	64 ans	65 ans	66 ans	67 ans	68 ans	69 ans
5	17283,3	15500	16848,5	15200	16522,4	14700	15978,9	14300	15544,1	13900
8	18152,9	16300	17718,1	15900	17283,3	15500	16848,5	15000	16305	14600
10	18696,4	16800	18261,6	16400	17826,8	16000	17392	15500	16848,5	15100
15	20218,2	18100	19674,7	17700	19239,9	17200	18696,4	16700	18152,9	16200
20	21631,3	19400	21087,8	18900	20544,3	18400	20000,8	17900	19457,3	17400
25	23153,1	20800	22609,6	20200	21957,4	19700	21413,9	19100	20761,7	18600
30	24566,2	22100	24022,7	21500	23370,5	20900	22718,3	20300	22066,1	19800
35	26088	23400	25435,8	22800	24783,6	22200	24131,4	21600	23479,2	20900
40	28153,3	25300	27501,1	24600	26740,2	24000	26088	23300	25327,1	22700
45	33044,8	29700	32283,9	28900	31414,3	28100	30544,7	27400	29783,8	26600
50	37936,3	34000	36958	33200	36088,4	32300	35110,1	31400	34131,8	30500
55	42827,8	38400	41740,8	37400	40653,8	36400	39566,8	35400	38479,8	34400
60	47610,6	42800	46523,6	41700	45327,9	40600	44132,2	39400	42827,8	38300
65	53589,1	48100	52284,7	46800	50871,6	45600	49567,2	44300	48154,1	43100
70	63589,5	57100	62067,7	55600	60437,2	54200	58915,4	52600	57176,2	51100
75	73698,6	66100	71850,7	64400	70002,8	62700	68154,9	61000	66307	59200
80	83699	75100	81633,7	73200	79568,4	71300	77503,1	69300	75329,1	67300
85	93808,1	84200	91525,4	82000	89134	79800	86742,6	77600	84351,2	75400
90	103808,5	93200	101308,4	90800	98699,6	88400	96090,8	85900	93373,3	83500
95	113917,6	102200	111091,4	99600	108265,2	97000	105439	94300	102504,1	91600
100	123918	111200	120874,4	108400	117830,8	105500	114678,5	102600	111526,2	99600

Tableau 9.

Taux d'IPP	70 ans	71 ans	72 ans	73 ans	74 ans	75 ans	76 ans	77 ans	78 ans	79 ans
5	12717,9	11300	12283,1	10900	11848,3	10400	11304,8	10000	10870	9500
8	13370,1	11900	12935,3	11400	12391,8	10900	11848,3	10500	11413,5	10000
10	13804,9	12300	13370,1	11800	12826,6	11300	12283,1	10800	11739,6	10300
15	14891,9	13200	14348,4	12700	13804,9	12200	13261,4	11600	12609,2	11100
20	15978,9	14200	15435,4	13600	14783,2	13000	14131	12500	13587,5	11900
25	17065,9	15100	16413,7	14500	15761,5	13900	15109,3	13300	14457,1	12700
30	18152,9	16100	17500,7	15400	16739,8	14800	16087,6	14200	15435,4	13600
35	19239,9	17000	18479	16400	17826,8	15700	17065,9	15000	16305	14300
40	20870,4	18400	20000,8	17700	19239,9	17000	18479	16200	17609,4	15500
45	24457,5	21600	23479,2	20800	22609,6	19900	21631,3	19000	20653	18200
50	28044,6	24800	26957,6	23800	25870,6	22800	24783,6	21800	23696,6	20800
55	31631,7	2800	3043,6	26900	29240,3	25800	28044,6	24600	26740,2	23500
60	35218,8	31200	33914,4	29900	32501,3	28700	31196,9	27400	29783,8	26200
65	39566,8	35000	38045	33700	36631,9	32300	35110,1	30800	33479,6	29400
70	46958,4	41600	45219,2	40000	43480	38300	41632,1	36600	39784,2	35000
75	54458,7	48200	52393,4	46300	50328,1	44400	48262,8	42400	46088,8	40500
80	61850,3	54800	59567,6	52600	57176,2	50400	54784,8	48200	52393,4	46000
85	69241,9	61300	66633,1	58900	64024,3	56500	61415,5	54000	58698	51600
90	76742,2	67900	73807,3	65200	70872,4	62500	67937,5	59800	65002,6	57100
95	84133,8	74500	80981,5	71600	77829,2	68600	74568,2	65600	71307,2	62600
100	91525,4	81100	88155,7	77900	84677,3	74700	81198,9	71400	77611,8	68100

Tableau 10.

Taux d'IPP	80 ans	81 ans	82 ans	83 ans	84 ans	85 ans	86 ans	87 ans	88 ans	89 ans
5	7826,4	6800	7391,6	6400	6956,8	6000	6522	5600	6087,2	5200
8	8261,2	7200	7826,4	6700	7282,9	6300	6848,1	5900	6413,3	5500
10	8587,3	7400	8043,8	6900	7500,3	6500	7065,5	6100	6630,7	5700
15	9239,5	8000	8696	7500	8152,5	7000	7609	6600	7174,2	6100
20	9891,7	8500	9239,5	8000	8696	7500	8152,5	7000	7609	6600
25	10543,9	9100	9891,7	8600	9348,2	8000	8696	7500	8152,5	7000
30	11196,1	9700	10543,9	9100	9891,7	8500	9239,5	8000	8696	7400
35	11848,3	10300	11196,1	9600	10435,2	9000	9783	8400	9130,8	7900
40	12826,6	11100	12065,7	10400	11304,8	9800	10652,6	9100	9891,7	8500
45	14891,9	13000	14131	12300	13370,1	11500	12500,5	10700	11630,9	10000
50	17283,3	15000	16305	14000	15218	13200	14348,4	12300	13370,1	11500
55	19457,3	16900	18370,3	15800	17174,6	14900	16196,3	13900	15109,3	12900
60	21740	18800	20435,6	17600	19131,2	16500	17935,5	15500	16848,5	14400
65	24457,5	21100	22935,7	19800	21522,6	18600	20218,2	17400	18913,8	16200
70	29022,9	25100	27283,7	23600	25653,2	22100	24022,7	20600	22392,2	19200
75	33588,3	29100	31631,7	27300	29675,1	25600	27827,2	23900	25979,3	22300
80	38153,7	33000	35871	31000	33697	29100	31631,7	27200	29566,4	25300
85	42719,1	37000	40219	34700	37718,9	32600	35436,2	30400	33044,8	28400
90	47393,2	41000	44567	38400	41740,8	36000	39132	33700	36631,9	31400
95	51958,6	44900	48806,3	42200	45871,4	39500	42936,5	36900	40110,3	34500
100	56524	48900	53154,3	45900	49893,3	43000	46741	40200	43697,4	37500

Tableau 11.

Taux d'IPP	90 ans	91 ans	92 ans	93 ans	94 ans	95 ans	96 ans	97 ans	98 ans	99 ans
5	3913,2	3400	3695,8	3100	3369,7	2900	3152,3	2700	2934,9	2500
8	4130,6	3500	3804,5	3300	3587,1	3100	3369,7	2900	3152,3	2700
10	4239,3	3600	3913,2	3400	3695,8	3200	3478,4	3000	3261	2800
15	4565,4	3900	4239,3	3700	4021,9	3400	3695,8	3200	3478,4	3000
20	4891,5	4200	4565,4	3900	4239,3	3600	3913,2	3400	3695,8	3200
25	5217,6	4500	4891,5	4200	4565,4	3900	4239,3	3600	3913,2	3400
30	5652,4	4800	5217,6	4500	4891,5	4100	4456,7	3900	4239,3	3600
35	5978,5	5100	5543,7	4700	5108,9	4400	4782,8	4100	4456,7	3800
40	6413,3	5500	5978,5	5100	5543,7	4700	5108,9	4400	4782,8	4200
45	7500,3	6400	6956,8	6000	6522	5600	6087,2	5200	5652,4	4900
50	8587,3	7400	8043,8	6900	7500,3	6400	6956,8	6000	6522	5600
55	9783	8300	9022,1	7700	8369,9	7200	7826,4	6700	7282,9	6300
60	10870	9300	10109,1	8600	9348,2	8000	8696	7500	8152,5	7000
65	121744	10400	11304,8	9700	10543,9	9000	9783	8400	9130,8	7900
70	14457,1	12400	13478,8	11500	12500,5	10700	11630,9	10000	10870	9400
75	16739,8	14300	15544,1	13300	14457,1	12400	13478,8	11600	12609,2	10900
80	19022,5	16300	17718,1	15200	16522,4	14100	15326,7	13200	14348,4	12300
85	21413,9	18200	19783,4	17000	18479	15900	17283,3	14800	16087,6	13800
90	23696,6	20200	21957,4	18800	20435,6	17500	19022,5	16400	17826,8	15300
95	25979,3	22200	24131,4	20600	22392,2	19200	20870,4	17900	19457,3	16800
100	28262	24100	26196,7	22400	24348,8	20900	22718,3	19500	21196,5	18300

Tableau 12 : Barème du FIVA en 2003 pour l'indemnisation du préjudice extrapatrimonial : exemple d'une victime âgée de 60 ans.

Taux d'IPP	Préjudice moral	Souffrance Physiques			Préjudice d'Agrement			Total		
		Minimum	Moyen	Maximum	Minimum	Moyen	Maximum	Minimum	Moyen	Maximum
5	14.550	110	220	450	560	1.120	2.240	15.220	15.890	17.240
8	14.550	180	360	710	910	1.790	3.530	15.640	16.700	18.790
10	14.550	230	450	870	1.150	2.240	4.370	15.930	17.240	19.800
15	14.550	350	670	1.280	1.760	3.360	6.400	16.670	18.580	22.230
20	14.550	480	900	1.660	2.410	4.480	8.320	17.440	19.920	24.530
25	14.550	620	1.120	2.030	3.090	5.600	10.130	18.260	21.270	26.710
30	14.550	760	1.340	2.370	3.810	6.720	11.840	19.120	22.610	28.760
35	14.550	910	1.570	2.690	4.570	7.840	13.440	20.030	23.950	30.680
40	15.000	1.180	1.970	3.290	5.370	8.950	14.940	21.550	25.920	33.230
45	17.240	1.910	3.090	5.010	6.210	10.070	16.330	25.360	30.400	38.580
50	19.480	2.670	4.210	6.620	7.110	11.190	17.620	29.260	34.880	43.720
55	21.720	3.490	5.330	8.130	8.070	12.310	18.790	33.270	39.360	48.640
60	23.950	4.360	6.450	9.540	9.080	13.430	19.870	37.400	43.830	53.360
65	26.950	5.420	7.760	11.110	10.160	14.550	20.830	42.540	49.270	58.900
70	33.000	7.110	9.850	13.630	11.320	15.670	21.690	51.430	58.520	68.320
75	39.040	8.930	11.930	15.950	12.560	16.790	22.450	60.530	67.770	77.440
80	45.090	10.870	14.020	18.080	13.890	17.910	23.090	69.850	77.020	86.260
85	51.130	12.970	16.110	20.010	15.320	19.030	23.640	79.420	86.270	94.770
90	57.180	15.230	18.190	21.740	16.860	20.150	24.070	89.270	95.520	102.980
95	63.220	17.670	20.280	23.270	18.540	21.270	24.400	99.430	104.770	110.890
100	69.270	20.330	22.370	24.600	20.350	22.390	24.630	109.950	114.020	118.490

éventuelles s'il y a eu des interventions chirurgicales du fait de l'amiante, l'atteinte esthétique résultant de l'apport éventuel d'oxygène par recours à un appareillage respiratoire et lunettes nasales disgracieuses, modification cutanée : cyanose, ou déformation thoracique). L'indemnisation du préjudice esthétique est fonction du préjudice subi et peut varier entre 500 € et 8.000 € (sauf dossier particulier).

ε.1.6. L'indemnisation du préjudice moral

Dans le cadre des pathologies liées à l'amiante, il s'y associe aussi souvent une souffrance morale notable en raison des évolutions possibles souvent très douloureuses qui induisent une crainte permanente de ces complications.

Il s'agit de la composante principale de l'indemnisation extrapatrimoniale. Il prend en compte l'impact psychologique lié aux différentes pathologies, selon leur degré de gravité et d'évolutivité.

Le préjudice moral se voit adjuger une valeur unique et croissante suivant le taux d'incapacité selon trois niveaux :

Niveau 1 : crainte de développer un cancer chez les personnes atteintes de maladies non malignes dues à l'amiante (fibroses). Ce préjudice est le même quel que soit le taux d'IPP

Niveau 2 : angoisse de mort liée à la sensation d'étouffement. Ce préjudice commence au niveau 4 de déficit respiratoire et croît avec le taux d'IPP

Niveau 3 : perspective de la mort à court ou moyen terme. Ce niveau concerne en premier lieu les personnes atteintes de cancer et dont le pronostic vital est en cause à court terme. Il concerne aussi les personnes atteintes d'une asbestose sévère dont l'espérance de vie est fortement réduite. Ce préjudice démarre au niveau 5 de déficit respiratoire et progresse avec le taux d'IPP, le taux de 100 % devant être considéré de la même façon, qu'il traduise un cancer mortel ou une asbestose mortelle.

ε.1.7. Exemples d'indemnisation

Voici quelques exemples d'indemnisation, il convient de souligner que les montants cités ne portent que sur l'indemnisation de l'incapacité et les préjudices extra-patrimoniaux (moral, physique et d'agrément). Les autres préjudices (esthétique, pertes de revenus, frais non couverts par la sécurité sociale) dépendent de l'évaluation concrète de chaque dossier.

— Plaque pleurale (fibrose de la plèvre) indemnisée par une incapacité de 5 % (taux minimum de base), l'indemnisation totale est égale à 22.000 € à 60 ans : montant de l'indemnisation en 2008 ; une majoration de 8,7 % est à appliquer à ce barème à compter du 1-06-2008 (voir tableau 13).

L'indemnisation peut varier autour de cette valeur, par exemple, entre 21.000 € et 23.000 € à 60 ans (sauf dossier particulier). En outre, en cas de retentissement fonctionnel (déficit respiratoire) plus important, l'indemnisation est supérieure.

— Asbestose (fibrose du poumon) pour une incapacité de 10 % (taux minimum de base), l'indemnisation globale est égale à 30.000 € à 60 ans : montant de l'indemnisation en 2008 ; une majoration de 8,7 % est à appliquer à ce barème à compter du 1-06-2008 (voir tableau 14).

L'indemnisation peut varier autour de cette valeur ; par exemple, entre 28.260 € et 32.160 € à 60 ans (sauf dossier particulier). En outre, en cas de retentissement fonctionnel (déficit respiratoire) plus important, l'indemnisation est supérieure.

— Mésothéliomes et les cancers graves : la victime perçoit une rente d'incapacité de 16.240 € par an ainsi qu'une somme correspondant à l'indemnisation des préjudices extra-patrimoniaux (exemple : 114.000 € à 60 ans). En cas de décès, la rente fait l'objet d'une réver-

sion partielle en fonction de la situation de revenu des proches, conformément à la jurisprudence.

Exemple d'une indemnisation possible (dans l'hypothèse d'un décès deux ans après la découverte de la maladie et d'une rente de conjoint survivant égale à 55 % de la rente de la victime) : montant de l'indemnisation en 2008 ; une majoration de 8,7 % est à appliquer à ce barème à compter du 1-06-2008 (voir tableau 15).

— Cancers ayant bénéficié d'un traitement chirurgical : l'indemnisation est fonction des séquelles post-opératoires et du retentissement fonctionnel, ainsi que du préjudice moral, important dans tous les cas. L'indemnisation peut donc varier au sein d'une fourchette qui prend en compte les situations individuelles (en cas de retentissement fonctionnel plus important, l'indemnisation est supérieure à ces fourchettes et aux montants indiqués ci-dessous) : montant de l'indemnisation en 2008 ; une majoration de 8,7 % est à appliquer à ce barème à compter du 1-06-2008 (voir tableau 16).

ε2. La victime est décédée

Cette situation pose le problème de l'indemnisation des ayants droits.

La notion d'ayant droit au sens qui lui est donné en réparation intégrale repose sur la proximité affective. Ainsi si les ayants droits sont le plus généralement des membres de la famille de la victime (conjoint, enfant, frère, etc), il peut aussi s'agir d'un enfant recueilli par la victime sans être adopté (ex : petit enfant ou enfant du conjoint élevé comme un enfant). La Cour de cassation a refusé l'indemnisation du préjudice personnel du petit enfant né après le décès de la victime posant ainsi les limites de la notion d'ayant droit (arrêt du 24.05.06 de la 2^e Chambre civile de la Cour de cassation : consorts Guyonic).

Tableau 13.

Valeur centrale	45 ans	50 ans	55 ans	60 ans	65 ans	70 ans	75 ans	80 ans	85 ans
Indemnisation du taux d'IPP en €	7.850	7.282	6.654	5.959	5.207	4.402	3.561	2.717	1.960
Indemnisation du préjudice extra patrimonial en €	20.995	19.479	17.800	15.940	13.929	11.776	9.526	7.269	5.242
Total en €	29.000	27.000	24.000	22.000	19.000	16.000	13.000	10.000	7.200
Total en Francs	190.228	177.108	157.430	144.311	124.632	104.953	85.274	65.596	47.229

Tableau 14.

Valeur centrale	45 ans	50 ans	55 ans	60 ans	65 ans	70 ans	75 ans	80 ans	85 ans
Montant capitalisé de la rente annuelle servie à la victime en €	16.529	15.335	14.013	12.549	10.966	9.271	7.499	5.723	4.127
Indemnisation du préjudice extra patrimonial en €	22.764	21.120	19.300	17.283	15.103	12.768	10.328	7.881	5.684
Total en €	39.000	36.000	33.000	30.000	26.000	22.000	18.000	14.000	10.000
Total en Francs	255.823	236.145	216.466	196.787	170.549	144.311	118.072	91.834	65.596

Tableau 15.

Valeur centrale	45 ans	50 ans	55 ans	60 ans	65 ans	70 ans	75 ans	80 ans	85 ans
Indemnisation du préjudice extra patrimonial en €	150.000	139.000	127.000	114.000	100.000	84.200	68.200	52.000	37.500
Rente de la victime en € pour une durée de 2 ans	32.480	32.480	32.480	32.480	32.480	32.480	32.480	32.480	32.480
Montant capitalisé de la rente annuelle servie à l'ayant droit sur la base d'une réversion de 55 % en €	182.000	171.000	159.000	146.000	132.000	117.000	101.000	84.000	70.000
Total de l'indemnisation en €	352.122	328.837	303.232	275.158	244.869	211.618	177.385	142.898	111.978
Total de l'indemnisation en Francs	2.310.000	2.157.000	1.989.000	1.805.000	1.606.000	1.388.000	1.164.000	937.000	735.000

L'indemnisation par le barème concernant les ayants droits tient compte de :

— le préjudice revenant à la succession ou préjudice subi au titre de l'action successorale. L'intégralité des droits à indemnisation de la victime est transmise à ses héritiers.

Donc, si la victime décède avant l'indemnisation de ses préjudices propres, le FIVA alloue aux héritiers une somme identique à celle qui aurait été allouée à la victime.

On distingue les préjudices financiers et les préjudices personnels.

* Les préjudices financiers correspondent au préjudice de la victime souffert avant son décès qui est transmis à ses héritiers.

Il comprend :

- les frais engagés pour soigner la victime restés à sa charge (hospitalisation, soins ambulatoires...)

- le préjudice économique subi du fait du décès de la victime calculé à partir des revenus perçus avant le décès si la victime n'avait pas été malade et de l'incapacité permanente partielle. On tient compte de la réversion partielle de la rente d'incapacité de la victime).

Le préjudice économique des ayants droits est calculé par comparaison des revenus du ménage avant et après le décès de façon à compenser la perte de revenu des proches. Dans le cas d'un versement par rente et d'un décès avant le terme de celle-ci imputable à la pathologie liée à l'amiante, le capital restant à verser au titre de l'indemnisation de l'incapacité est pris en compte dans le préjudice des proches qui auraient bénéficié du revenu ainsi généré (conjoint et enfants à charge) dans le cadre du calcul du préjudice économique. Ce capital est servi aux proches sous forme d'une rente (de manière viagère pour le conjoint et jusqu'à l'âge de fin de prise en charge pour les enfants). Le calcul pour le préjudice économique des ayants droits est fait sous déduction des indemnités versées par la sécurité sociale.

Tableau 16.

Valeur centrale	45 ans	50 ans	55 ans	60 ans	65 ans	70 ans	75 ans	80 ans	85 ans
Préjudice moral en €	35.503	32.939	30.100	26.954	23.555	19.913	16.108	12.292	8.865
Préjudice physique et d'agrément (fourchette) en €	3.538 à 29.429	3.283 à 27.303	3.000 à 24.950	2.686 à 22.342	2.348 à 19.525	1.985 à 16.506	1.605 à 13.352	1.225 à 10.189	884 à 7.348
Préjudices extrapatrimoniaux (fourchette) en €	39.041 à 64.931	36.222 à 60.243	33.100 à 55.050	29.641 à 49.296	25.902 à 43.079	21.898 à 36.419	17.713 à 29.460	13.517 à 22.480	9.748 à 16.213
Incapacité pour les 5 premières années en €	61.200	61.200	61.200	61.200	61.200	61.200	61.200	61.200	61.200
Total indemnisation (fourchette et hors IPP après 5 ans) borne basse en €	100.200 à 126.100	97.400 à 121.400	94.300 à 116.300	90.800 à 110.500	87.100 à 104.300	83.100 à 97.600	78.900 à 90.700	74.700 à 83.700	70.900 à 77.400
Total en Francs	657.269 à 827.162	638.902 à 796.332	618.567 à 762.878	595.609 à 724.832	571.339 à 684.163	545.100 à 640.214	517.550 à 594.953	490.000 à 549.036	465.074 à 507.711

Par exemple, pour un revenu d'un couple sans enfant avant décès de 100 % : le revenu du conjoint survivant doit être au moins égal à 67 %, soit sa part de consommation propre (33,3 %) + la totalité des charges fixes (33,3 %). Ainsi, lorsque du fait du décès de la victime, le revenu du conjoint survivant sans enfant à charge est inférieur à 67 % du revenu du ménage avant décès, alors le FIVA verse une indemnité différentielle.

S'il y a des enfants à charge, la règle de répartition du préjudice économique est adaptée (voir tableau 17).

Les sommes payées par d'autres organismes (sécurité sociale, assureurs...) seront déduites de la somme calculée.

* Les préjudices personnels correspondent au préjudice extrapatrimonial (souffrances endurées, préjudice d'agrément, préjudice esthétique, préjudice moral ...).

— le préjudice direct subi à titre personnel par l'ayant droit

Il s'agit du préjudice moral de l'ayant droit (lié au décès et à l'accompagnement de la victime) et également du préjudice d'accompagnement si le décès est imputable à la pathologie liée à l'amiante. Ce préjudice indemnise les veuves qui ont accompagné leur mari dans leurs derniers mois de vie.

L'indemnisation du préjudice moral des ayants droits suit le tableau 18.

L'exemple suivant d'Indemnisation du préjudice moral d'une veuve montre les discordances existant parfois

entre les offres d'Indemnisation du FIVA et l'indemnisation fixée par les tribunaux des affaires de sécurité sociale.

Dans un jugement du 3 juillet 2007, le tribunal des affaires de sécurité sociale de Dijon a accordé à la veuve d'une homme décédé d'une mésothéliome péritonéal, au titre de son préjudice moral, la somme record de 100.000 euros.

Au-delà de la somme versée, la motivation du jugement est intéressante. En effet, le tribunal fixe l'indemnisation « considérant la longue communauté de vie entre la victime et le conjoint survivant qui a vécu en communion avec le dernier des années de souffrances, et considérant en outre que les souffrances morales ont perduré et perdureront après le décès de Monsieur X... ». Les attestations versées à ce dossier ont sans nul doute pesé dans la balance.

D. LES PROCÉDURES CONTENTIEUSES DES MALADIES PROFESSIONNELLES

On distingue en général deux types de contentieux.

1. Le différend portant sur la reconnaissance de l'origine professionnelle d'une maladie

En cas de refus opposé par la Caisse primaire d'assurance maladie, l'assuré dispose des voies de recours

Tableau 17.

Conjoint seul	Conjoint et 1 enfant à charge	Conjoint et 2 enfants à charge	Conjoint et 3 enfants à charge	Conjoint et 4 enfants à charge	Conjoint et 5 enfants à charge	Conjoint et 6 enfants à charge
67 %	72 %	76 %	79 %	81 %	83 %	85 %

Tableau 18.

en €	Préjudice lié au décès en €	Préjudice lié à l'accompagnement en €	Total
Conjoint	22.000	8.000	30.000
Enfant de moins de 25 ans au foyer	15.000	8.000	23.000
Enfant de plus de 25 ans au foyer	9.000	5.000	14.000
Enfant hors du foyer	5.000	3.000	8.000
Parent	8.000	3.000	11.000
Petits-enfants	3.000		3.000
Fratrie	3.000	2.000	5.000

classiques du contentieux général et du contentieux technique.

a. Contentieux général contre une décision administrative de la Caisse

Il peut ainsi saisir la Commission de Recours Amiable, puis en cas de refus persistant, le Tribunal des affaires de Sécurité Sociale lorsqu'il s'agit d'un recours contre une décision administrative de la Caisse (exposition au risque non prouvée, conditions médicales des tableaux non remplies, procédures prescrites, absence de reconnaissance de maladie professionnelle par le Comité Régional de reconnaissance des maladies professionnelles : CRRMP).

Le refus de la caisse primaire d'assurance maladie peut être d'ordre administratif lorsque l'affection déclarée ne correspond pas à la désignation de la maladie et qu'il n'y a pas de litige sur le diagnostic. C'est le cas lorsque les documents présentés par le malade (certificat médical, compte-rendu radiologique) et les constatations du médecin conseil sont concordants. A titre d'exemple, en ce qui concerne le tableau 98 des radiculalgies, lorsque la pathologie indiquée dans le certificat médical n'est ni une sciatique ni une radiculalgie crurale, lorsqu'à l'imagerie il n'existe pas de hernie dis-

cale, c'est le cas aussi lorsqu'il s'agit d'une simple lombalgie chronique. Un exemple de conditions médicales des tableaux non remplies entraînant l'absence de conformité à une condition administrative est l'absence selon la caisse d'une image radiologique montrant la concordance entre une hernie discale et la symptomatologie radiculaire des tableaux 97 et 98 des maladies professionnelles.

La caisse oppose alors un refus administratif pour affection non désignée dans un tableau sauf si l'état du patient est stabilisé et que l'incapacité permanente résultante est estimée supérieure ou égale à 25 % auquel cas le dossier est transmis au CRRMP pour être examiné dans le cadre du 4^e alinéa de l'article L.461-1 du code de la sécurité sociale.

Un autre exemple de rejet administratif pour « conditions médicales non remplies » est celui d'une maladie non caractérisée dans les conditions du tableau du fait de l'exigence d'une confirmation biologique pour rattacher de façon certaine une maladie aux spécificités de l'exposition professionnelle. Cette confirmation biologique est alors absente ce qui motive le rejet administratif pour « conditions médicales non remplies ». Le TASS peut alors saisir le CRRMP soit en lui demandant si la maladie considérée peut être considérée comme maladie professionnelle hors tableau au titre

de l'alinéa 4 de l'article L.461-1 du Code de la Sécurité sociale.

Le TASS peut également saisir le CRRMP en lui demandant de dire si la maladie telle qu'elle est décrite peut être d'origine professionnelle. Le CRRMP ne pourra donner qu'un avis probabiliste excluant en tout cas le caractère essentiel du lien de causalité entre le travail et la maladie. Les juges peuvent en tirer leur propre conséquence juridique en faisant bénéficier la victime du régime des maladies professionnelles mais au prix d'un allègement de la charge de la preuve en retenant comme suffisamment fort pour eux, un lien de causalité estimé pourtant insuffisant par les experts du CRRMP. Le CRRMP est alors utilisé comme un expert qui laisse ensuite le juge libre de décider seul si oui ou non il fait bénéficier au salarié du régime spécial des maladies professionnelles.

Un autre exemple de rejet administratif est une exposition au risque considérée comme non habituelle alors que la colonne de droite du tableau des maladies professionnelles exige une exposition au risque habituelle.

La Cour de cassation a « défini » que le caractère habituel pouvait se déduire de la fréquence et non seulement de la durée, et qu'était habituel ce qui n'était pas exceptionnel. Ainsi, un arrêt de la chambre sociale de la Cour de cassation du 19.02.98 (RJS 1998, n°522) a estimé que le caractère occasionnel ne peut être déduit d'une exposition d'un quart d'heure au bruit durant 18 ans et où le caractère de l'exposition est donc retenu.

La circulaire n°11 SS du 07.03.73 relative au nouveau tableau de maladies professionnelles n°59 à 63 a indiqué que « d'une manière générale il est permis de considérer que les termes « exposés d'une façon habituelle » doivent être interprétés comme n'impliquant pas nécessairement la permanence du risque mais au moins sa répétition avec une fréquence et une durée suffisante. Cette même circulaire faisait mention d'une lettre ministérielle du 10.02.60 où il était précisé que cette notion d'exposition de façon habituelle devait être interprétée comme désignant ce qui n'est pas exceptionnel, occasionnel ou accidentel... sans toutefois impliquer nécessairement la permanence du risque mais au moins sa répétition avec une fréquence et une durée suffisante.

Le juge du TASS peut solliciter l'avis du CRRMP quant à la reconnaissance de cette maladie professionnelle. La victime en général alors mieux informée de ses droits peut alimenter le dossier de nouvelles pièces à conviction utiles pour le CRRMP.

Le CRRMP est de plus en plus sollicité par les juges, en particulier, dans les contentieux de refus administratif de la part de la Caisse primaire. Le recours à l'expertise du CRRMP peut alors permettre la reconnaissance du caractère professionnel de la pathologie, en particulier lorsque l'enquête administrative de la Caisse primaire a conclu trop rapidement à l'absence d'exposition au risque. Le TASS pourrait ainsi en sollicitant l'avis du CRRMP pallier les défauts d'instruction de cette enquête administrative de la CPAM sur le lien éventuel entre une pathologie et le travail de la victime (voir figure 1).

b. Contentieux général contre une décision médicale de la Caisse

Il peut solliciter une expertise médicale au titre de l'article L.141-1 du Code de la Sécurité Sociale lorsqu'il s'agit d'un désaccord sur l'affection médicale, par exemple maladie considérée comme non stabilisée par la Caisse.

Un exemple de désaccord d'ordre médical, de désaccord entre les médecins prescripteurs et le médecin conseil sur le diagnostic est illustré par le même problème du tableau 98 des maladies professionnelles sur les radiculalgies. Il peut s'agir d'un désaccord sur :

- la qualification de l'affection : le certificat médical indique sciatique ou radiculalgie crurale et le médecin conseil récuse ce diagnostic en estimant qu'il s'agit d'une simple lombalgie sans sciatique ou de douleurs arthrosiques par exemple
- de l'étiologie de la sciatique : le certificat médical indique sciatique ou radiculalgie crurale et le médecin conseil est d'accord sur cette qualification mais estime que l'origine n'est pas discale
- de la qualification de la hernie discale : le certificat médical du médecin traitant indique hernie discale alors qu'à l'imagerie le médecin conseil estime qu'il s'agit d'un simple bombement discal
- de la topographie : le certificat médical indique sciatique gauche et le médecin conseil constate une sciatique droite et une cruralgie.

L'expertise médicale peut également survenir lorsqu'il y a désaccord du médecin conseil avec le médecin traitant sur la pathologie décrite dans le certificat médical initial de la maladie professionnelle. Par exemple, sur le certificat médical initial, le médecin traitant peut avoir écrit « atteinte méniscale des genoux »

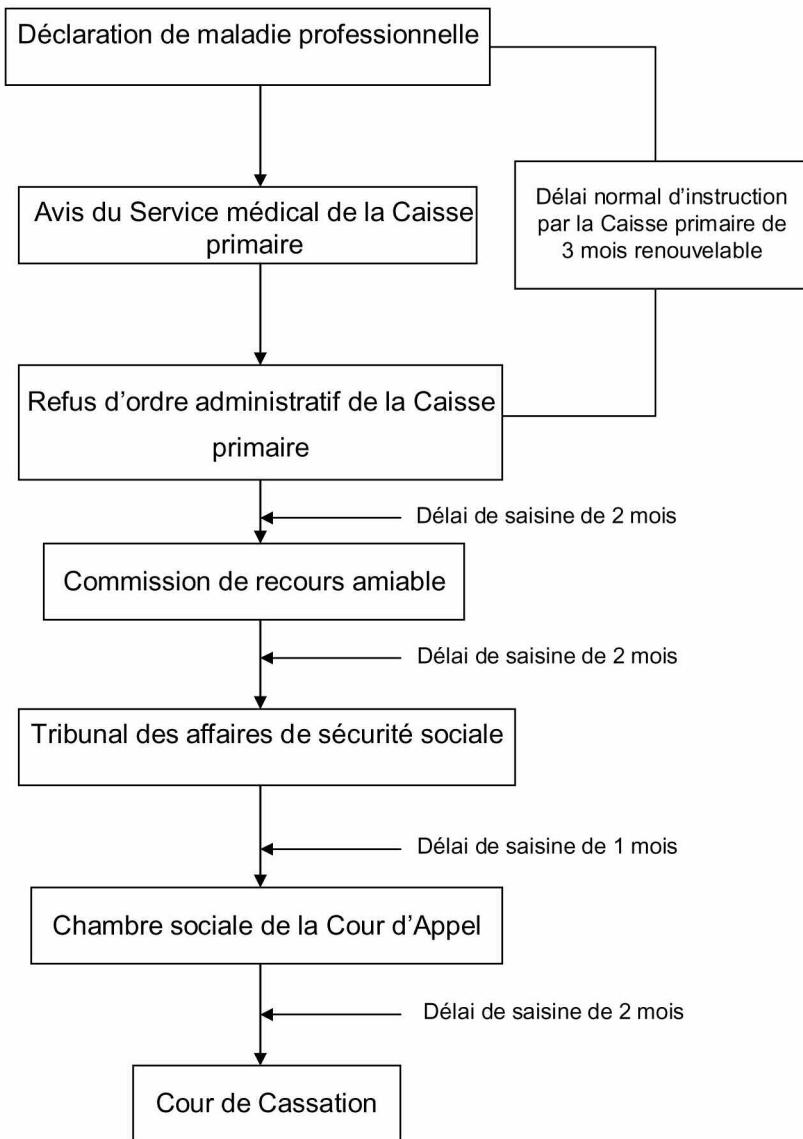


Figure 1 : Recours contre un refus d'ordre administratif de la Caisse primaire.

et le médecin conseil peut contester ce diagnostic en considérant qu'il s'agit simplement d'une gonarthrose.

Comme autre exemple de désaccord médical sur le diagnostic entre le médecin conseil et les médecins rédacteurs du certificat médical initial, on retiendra le cas d'un certificat médical initial mentionnant un syndrome du canal carpien alors qu'il s'agit en fait de l'expression d'une compression radiculaire nerveuse au niveau des vertèbres cervicales pouvant se traduire par les mêmes symptômes cliniques.

Une autre cause, de contestation d'ordre médical plus rare est l'absence d'imputabilité au travail habituel de la victime d'une pathologie objectivée alors que la maladie remplit l'ensemble des critères du tableau. Ceci nécessite que les médecins conseils possèdent de solides arguments pour démontrer que la maladie n'a été, ni provoquée, ni aggravée par le travail. Ce raisonnement du médecin conseil se base sur le principe du renversement de la présomption non irréfragable d'imputabilité professionnelle. Il peut s'agir par exemple, d'une épi-

condylite survenue chez un salarié très peu exposé aux mouvements d'hypersollicitation des membres supérieurs alors qu'il joue plusieurs heures de tennis par semaine.

Le médecin conseil doit alors démontrer que le travail n'a joué aucun rôle (voir encadré 6).

La situation est alors analogue à celle des accidents du travail (cf VII. Le contentieux de l'accident du travail et le contentieux des accidents de trajet F. Le taux d'IPP).

Dans le cadre de cette voie contentieuse d'ordre médical les juges du TASS, de la Cour d'appel, de la Cour de cassation, à tout moment peuvent saisir en

cours de contentieux le CRRMP amené alors à statuer en dehors de ses habituelles prérogatives par exemple en tant qu'expert médical sans examen clinique de la victime mais seulement avec l'examen de son dossier médical.

Dans le cas des pneumoconioses lorsqu'il s'agit d'un désaccord d'ordre médical, l'expertise de sécurité sociale au titre de l'article L.141-1 du Code de la Sécurité Sociale doit alors être confiée à un médecin spécialiste ou compétent en pneumologie ou en médecine du travail, possédant des connaissances particulières dans le domaine des pneumoconioses, autre que celui qui a, le cas échéant, procédé à l'examen du malade (voir figure 2).

Encadré 6

Modèle de lettre de demande d'expertise médicale par la victime

Nom - Prénom

Date

Adresse de l'accidenté

Organisme ayant notifié le refus
Voir adresse de la décision contestée.

RECOMMANDÉE AVEC A.R.

Vos Réf :

N°SS :

Objet : Demande d'expertise médicale.

Monsieur le Chef de Service,

Je soussigné M., profession, de nationalité né le..... à , demeurant à , conteste la décision notifiée par votre lettre du....., portant refus de reconnaître que la pathologie dont je suis atteint(e) est bien la pathologie inscrite dans la colonne « désignation de la maladie » du tableau ... des maladies professionnelles, comme le confirme le certificat du Docteur.....

Il ne s'agit pas d'un différend administratif comme le laissent entendre vos services mais d'un différend médical puisque mon médecin traitant est en désaccord avec le médecin conseil de votre organisme (1).

Je vous serais très reconnaissant de faire procéder à une expertise médicale, conformément aux dispositions prises en application de l'article L.141-1 du code de la sécurité sociale.

Mon médecin référent pour ce dossier est le Docteurde

Veuillez agréer, Monsieur le Chef de Service, l'expression de mes salutations distinguées.

Nom, Prénom et signature de l'accidenté.

PJ : la décision contestée.

(1) le cas échéant

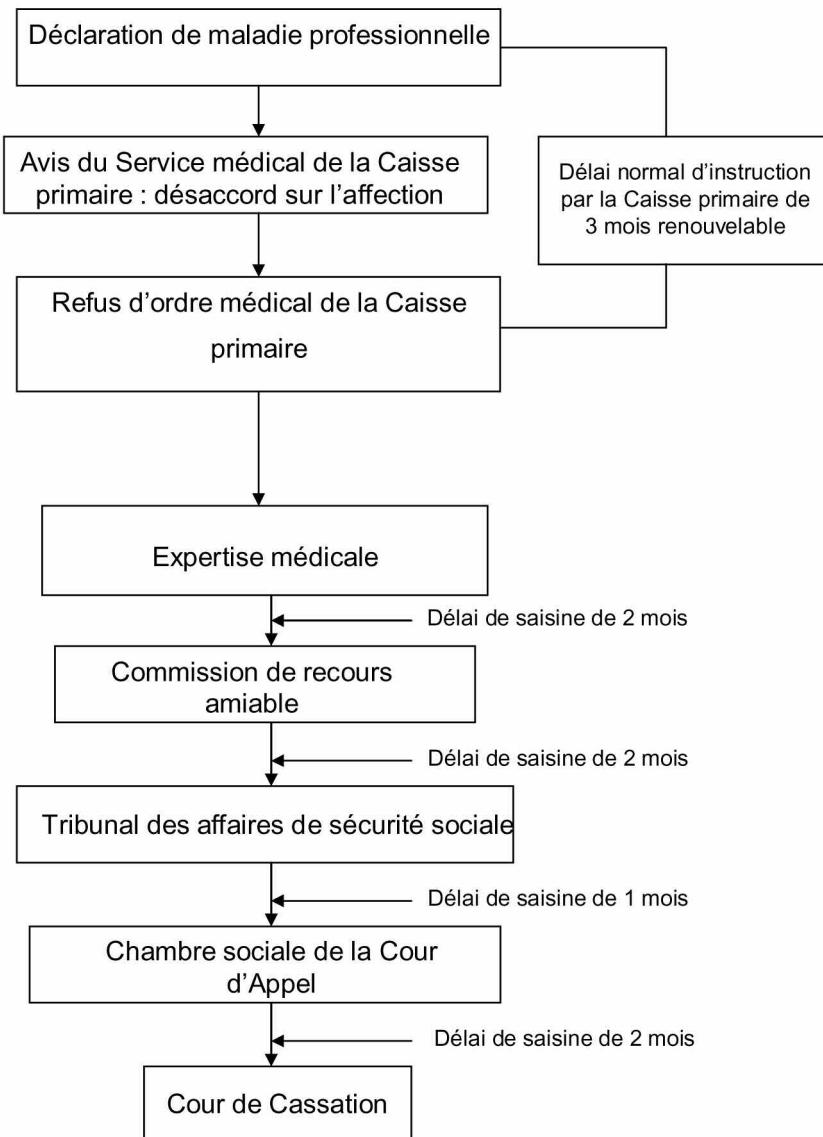


Figure 2 : Recours contre un refus d'ordre médical de la Caisse primaire.

c. Cas particulier du contentieux du système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles

La seule particularité réside dans le cas particulier du système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles.

Il s'agit du cas où le Comité Régional de reconnaissance des maladies professionnelles : CRRMP refuse la reconnaissance de l'origine professionnelle d'une maladie. Le demandeur, après notification de refus par la

Caisse, peut saisir la Commission de Recours Amiable, puis en cas de refus persistant, le Tribunal des affaires de Sécurité Sociale. Le Tribunal des affaires de Sécurité Sociale saisi recueille alors l'avis d'un Comité Régional autre que celui qui a déjà été saisi par la Caisse (article R.142-24-2 du Code de la sécurité sociale) (voir figure 3).

Dans le cas particulier du système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles et d'une maladie non désignée dans un tableau entraînant selon le demandeur une incapacité permanente supérieure à 25 %, si un des motifs de refus réside dans le fait que le

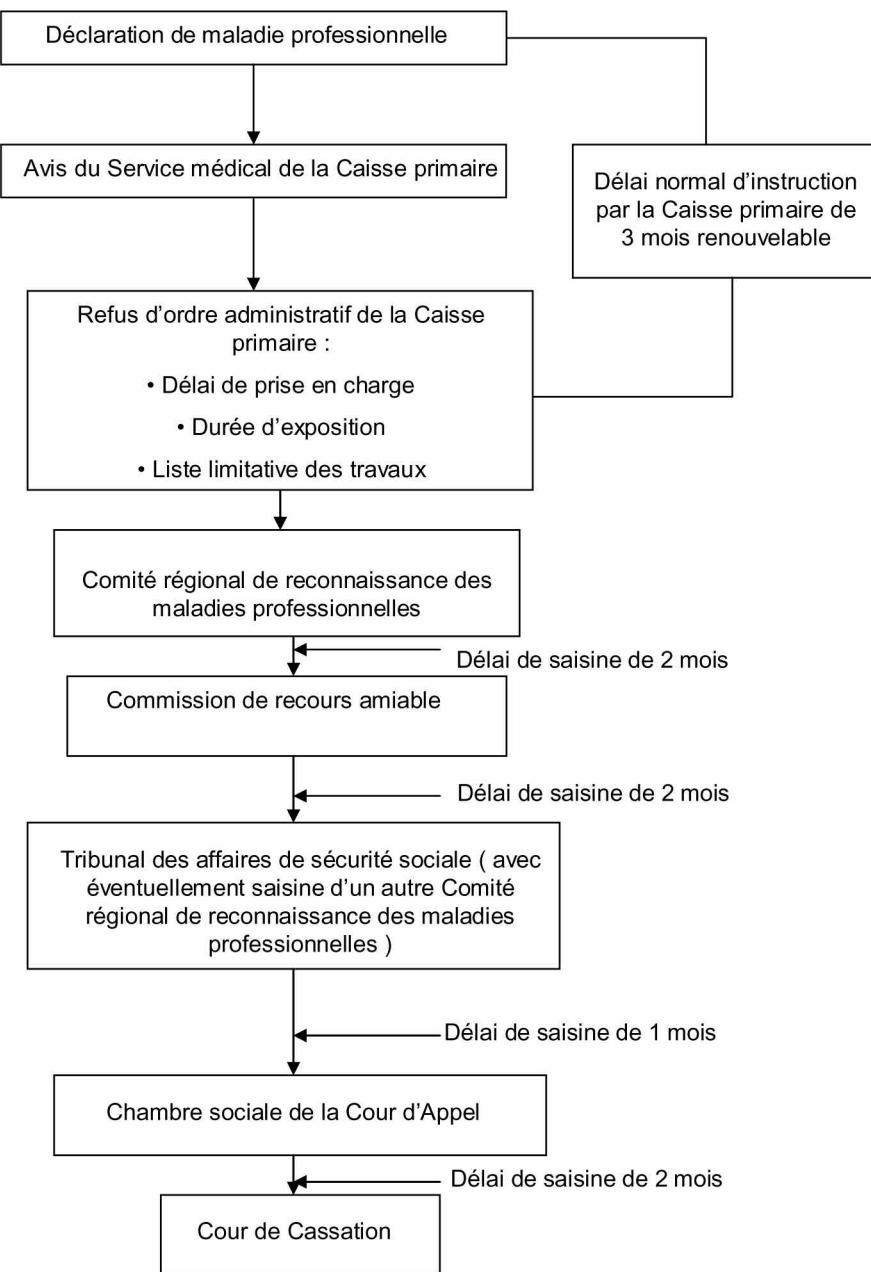


Figure 3 : Recours contre un refus d'ordre administratif de la Caisse primaire en cas de conditions posées par les tableaux de maladies professionnelles non réunies.

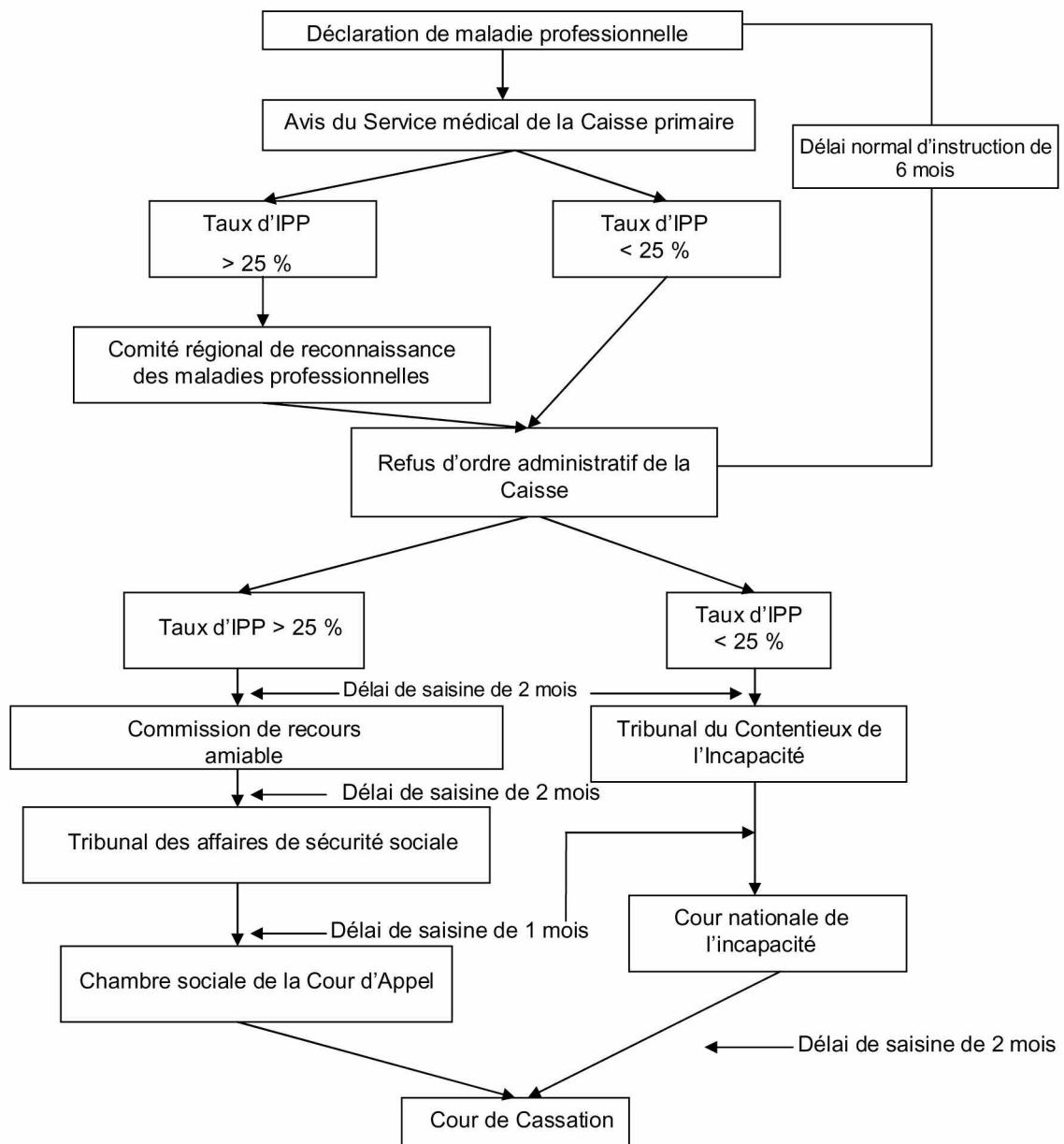


Figure 4 : Recours contre un refus d'ordre administratif de la Caisse primaire dans le cadre de la procédure complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles en cas d'affection non inscrite dans un tableau de maladie professionnelle.

taux d'IPP causé par la maladie que l'assuré considère comme professionnelle est considéré comme la Caisse comme inférieur à 25 %, l'assuré peut alors se porter devant le Tribunal du Contentieux de l'Incapacité pour contester ce taux fixé unilatéralement par la Caisse.

S'il n'obtient pas satisfaction devant le Tribunal du Contentieux de l'Incapacité, il peut saisir la Commission de Recours Amiable, puis en cas de refus persistant, le Tribunal des affaires de Sécurité Sociale. Il se retrouve alors dans le cas de figure général sortant du cas particulier du système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles (voir figure 4).

Il peut arriver aussi que la Caisse primaire d'assurance maladie considère que l'assuré ne présente pas un état stabilisé et que donc on ne peut évaluer une incapacité permanente qui nécessite pour qu'elle soit fixée que l'affection soit stabilisée. Dans ce cas, il est impossible de dire si le patient présente une incapacité permanente d'au moins 25 %. Si le médecin traitant est en désaccord avec cette décision de la caisse, il peut solliciter une expertise médicale au titre de l'article L.141-1 du Code de la sécurité sociale.

2. Contestation par la victime du taux d'incapacité permanente après stabilisation de la pathologie

a. Cas général hors amiante

Ce contentieux est dévolu en première instance au Tribunal du Contentieux de l'Incapacité.

Dans le cas des pneumoconioses, en cas de contestation portant sur le taux d'incapacité, le TCI ou la Cour nationale de l'incapacité doivent obligatoirement recourir à l'avis d'un médecin spécialiste ou compétent en pneumologie ou en médecine du travail possédant des connaissances particulières dans le domaine des pneumoconioses.

Les assurés sociaux peuvent entamer une procédure devant plusieurs organismes. Une procédure en pénal n'indemnise pas mais seulement punit l'employeur. En cas d'avis favorable en pénal, l'obtention d'une faute excusable est plus facile. Dans le cas inverse l'obtention d'une faute inexcusable est plus difficile à prouver. Une procédure en pénal présente donc un certain risque pour l'assuré social vis-à-vis de la faute inexcusable.

L'assuré social peut par contre entamer une procédure auprès du TCI et en plus entamer une procédure de demande de faute inexcusable devant le TASS comme procédure complémentaire. Un inconvénient relatif à la procédure devant la faute inexcusable est le délai de prescription de deux ans. L'intérêt d'une procédure associant le TCI et la faute inexcusable est d'obtenir un taux d'IPP plus important devant le TCI qui sera alors pris en compte dans la procédure pour faute inexcusable.

En cas de succès, le taux d'IPP pour le calcul de la rente, n'est plus divisé par deux et l'assuré social bénéficie en plus de l'indemnisation des préjudices extra-patrimoniaux.

Une procédure civile devant le tribunal de grande instance peut théoriquement être envisagée lorsque l'assuré social est victime d'une maladie, qu'il ne bénéficie ni du système du tableau des maladies professionnelles ni du système complémentaire de maladies professionnelles. Il devrait alors prouver un lien entre sa maladie et le travail et demander une indemnisation au titre de la responsabilité en dommages et intérêts mais cette stratégie n'est que théorique car jamais utilisée jusqu'ici.

b. Cas de l'amiante

Les procédures de contestation du taux d'IPP concernant les pneumoconioses et l'amiante devant le TCI se particulissent par la sollicitation obligatoire de l'avis sapiteur d'un spécialiste, là encore cet avis ne s'impose pas au TCI qui peut par exemple, après avis de l'expert du TCI décider d'un taux d'IPP plus important que celui proposé par le spécialiste.

La Caisse primaire d'assurance maladie peut alors bien sûr faire appel devant la Cour nationale de l'incapacité.

L'attitude, là, est un peu plus compliquée du fait de l'existence du FIVA (fond d'indemnisation des victimes de l'amiante).

En effet, la procédure devant le FIVA et la procédure devant la faute inexcusable s'excluent car elles sont susceptibles de réparer les mêmes préjudices.

D'autre part, en cas d'octroi d'un taux d'IPP, le FIVA entame une action récursoire et déduit ce que la caisse a déjà donné en taux d'IPP à l'assuré social.

Enfin le FIVA ne divise pas par deux le taux d'IPP pour le calcul de la rente.

Après une demande auprès du FIVA une procédure d'appel est possible devant la Chambre civile de la Cour d'appel.

Le choix entre la procédure devant le FIVA et la faute inexcusable est fonction de plusieurs paramètres. La procédure de la faute inexcusable est plus compliquée que celle du FIVA avec la demande de témoignages écrits, l'assistance d'un avocat, elle ne peut donc être entreprise seule à la différence d'une procédure devant le FIVA. Le choix de la procédure devant le FIVA et la procédure de faute inexcusable peut être aussi dicté par une attitude « politique » de l'assuré social qui, dans le cas d'une faute inexcusable, entame une action plus revendicative avec également des sanctions financières pour son employeur. Il existe enfin des paramètres locaux, car les préjudices extrapatrimoniaux indemnisés par le TASS lors d'une procédure devant la faute inexcusable dépendent de barèmes des cours d'appel et certains barèmes sont plus généreux dans certaines régions que d'autres dans l'octroi de l'indemnisation de ces préjudices extrapatrimoniaux.

Bien sûr comme dans le cas général des maladies professionnelles, en plus de la procédure pour faute inexcusable, l'assuré social peut entamer une procédure devant le TCI pour les mêmes raisons suscitées.

Il peut également entamer une procédure devant le FIVA et devant le TCI car parfois le taux d'IPP octroyé par le TCI est plus favorable que le taux octroyé par le FIVA.

Un autre inconvénient relatif à la procédure devant la faute inexcusable est le délai de prescription de deux ans.

L'intérêt d'une procédure associant le TCI et la faute inexcusable est d'obtenir un taux d'IPP plus important devant le TCI qui sera alors pris en compte dans la procédure pour faute inexcusable.

E. CAS DE LA FONCTION PUBLIQUE

1. Définitions

Le système englobe dans le secteur public deux types de maladies professionnelles :

La maladie survenue en service réparable au titre d'un tableau de maladie professionnelle du régime général. Elles sont encore appelées maladies professionnelles.

Les maladies professionnelles relevant du régime des maladies contractées ou aggravées en service non réparables au titre d'un tableau de maladies professionnelles du régime général de la Sécurité Sociale. Elles sont souvent appelées maladies contractées en service.

Dans le premier cas le fonctionnaire n'aura pas à démontrer la preuve du lien de causalité entre le travail et la maladie survenu en service pour laquelle il demande une prise en charge. Il s'agit dans ce premier cas de l'équivalence de l'application de l'alinéa 2 de l'Article L. 461-1 du Code de la sécurité sociale.

La demande du fonctionnaire doit être présentée dans les 4 ans qui suivent la date de première constatation médicale de la maladie (Article 32 du Décret n° 86-442 du 14.03.1986).

Dans le deuxième cas c'est-à-dire une maladie contractée ou aggravée en service ne relevant pas d'un tableau de maladies professionnelles du régime général, le fonctionnaire devra démontrer la preuve de la relation entre le travail et sa maladie selon les mêmes modalités que pour un accident de service. Il devra donc démontrer que l'exposition professionnelle correspond à un fait précis et déterminé de service. Il est à noter que ce deuxième cas ne correspond pas du tout à l'alinéa 3 ni à l'alinéa 4 de l'Article L. 461-1 du Code de la sécurité sociale dont les fonctionnaires ne peuvent se prévaloir.

2. Prise en charge

Les maladies contractées et aggravées en service ne voient pas leur reconnaissance limitée au tableau des affections professionnelles qui figurent dans le Code de la Sécurité Sociale.

En effet, la circulaire FP4 N°1711 du 30 janvier 1989 relative à la protection sociale des fonctionnaires et stagiaires de l'Etat contre le risque de maladie et d'accident de service stipule que « le fonctionnaire peut être atteint d'une maladie contractée ou aggravée en service, laquelle est généralement reconnue par référence aux tableaux des affections professionnelles qui figurent dans le code de la Sécurité Sociale dans l'application de son article 461-2 mais ces tableaux ne sont pas limitatifs ».

En théorie, l'administration est plus exigeante puisque par exemple, pour les fonctionnaires de l'Etat, la commission de réforme devrait apprécier la notion de fait précis et déterminé de service pour une pathologie professionnelle.

Ce fait précis et déterminé de service n'est pas nécessaire pour les fonctionnaires hospitaliers et territoriaux (décret 2000-1020 du 17 octobre 2000). Seul dans ce dernier cas, le lien de causalité médicale entre la maladie et l'exercice des fonctions est apprécié dans la commission de réforme. En fait, dans la pratique, l'interprétation est beaucoup plus souple et suit le processus que nous avons décrit quelques lignes plus haut.

Comme pour l'accident de service, l'administration effectuera une enquête afin d'établir la matérialité des faits professionnels ayant provoqué cette maladie.

Ensuite un médecin agréé effectuera une expertise médicale afin de donner un avis sur l'imputabilité de la maladie alléguée.

Puis ensuite le dossier passe devant la commission de réforme compétente.

Après consolidation la victime aura droit à réparation des séquelles de la maladie professionnelle. Même pour une IPP inférieure à 10 %, le fonctionnaire titulaire bénéficiera d'une allocation temporaire d'invalidité ou en cas d'une inaptitude à l'exercice de ces fonctions d'une pension assortie d'une rente d'invalidité.

L'arrêt Moya-Caville (arrêt du Conseil d'état du 04.07.03) permet aux personnes relevant du régime dit des pensions, c'est-à-dire des fonctionnaires, d'obtenir une indemnisation complémentaire, en l'occurrence la réparation du préjudice personnel – physique, moral, esthétique et d'agrément – sans avoir à rapporter la preuve d'une faute de l'employeur public. L'indemnisation est possible dès lors que l'accident ou la maladie professionnelle est reconnu(e) imputable au service. Par cet arrêt, le Conseil d'état a bouleversé la règle dite du « forfait de pension » en décidant que, si les articles L.27 et L.28 du code des pensions « déterminent forfaitairement la réparation à laquelle un fonctionnaire victime d'un accident de service ou atteint d'une maladie professionnelle peut prétendre, au titre de l'atteinte qu'il a subie dans son intégrité physique... elles ne font cependant obstacle ni à ce que le fonctionnaire qui a enduré, du fait de l'accident ou de la maladie, des souffrances physiques ou morales et des préjudices esthétiques ou d'agrément, obtienne de la collectivité qui l'emploie même en l'absence de faute de celle-ci, une indemnité complémentaire réparant ces chefs de préjudice, distincts de l'atteinte à l'intégrité physique, ni à ce qu'une action de droit commun pouvant aboutir à la réparation intégrale de l'ensemble du dommage soit engagée contre la collectivité dans le cas notamment où

l'accident ou la maladie est imputable à une faute de nature à engager la responsabilité de cette collectivité où à l'état d'un ouvrage public dont l'entretien incomberait à celle-ci ».

3. Le taux d'IPP

a. *La fixation du taux d'IPP*

L'évaluation de l'IPP sera effectuée par le médecin agréé puis ensuite confirmée par la commission de réforme.

b. *Le calcul de l'allocation temporaire d'invalidité*

Comme déjà écrit plus haut, le fonctionnaire titulaire bénéficie d'une allocation temporaire d'invalidité (A.T.I.) même pour une IPP inférieure à 10 % ou en cas d'inaptitude absolue et définitive à l'exercice de ses fonctions, d'une pension assortie d'une rente d'invalidité versée à la cessation de son activité professionnelle.

Exemple d'une victime d'une maladie professionnelle et d'un accident de service

Si la victime présente un taux de 5 % pour un accident de service et un taux de 8 % pour une maladie professionnelle, l'A.T.I. sera calculée sur une base de 8 %.

Si la victime présente un taux de 20 % pour l'accident de service et un taux de 8 % pour une maladie professionnelle, le taux indemnisable de l'allocation sera de 28 %.

F. LE CAS DES PROFESSIONS AGRICOLES

1. Cas des salariés agricoles

a. *Cas des salariés agricoles de métropole hors Alsace-Moselle*

La réglementation est assurée par l'article L.461-1 du Code de la Sécurité Sociale. La gestion du risque est assurée par la caisse de mutualité sociale agricole. La

réglementation est identique à celle du régime général de Sécurité Sociale, c'est-à-dire qu'il existe deux modes de reconnaissance du caractère professionnel d'une maladie :

- Les maladies inscrites à un tableau professionnel
- Le système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles.

La seule différence réside dans la liste des tableaux de maladies professionnelles qui sont différents de ceux du régime général avec donc une liste de tableaux propre au régime agricole.

Les prestations (prestations en nature, prestations en espèce) sont identiques à celles du régime général de la Sécurité Sociale.

Le contentieux des maladies professionnelles suit une procédure identique à celui du contentieux des accidents du travail décrit dans le chapitre des accidents du travail agricole chez les professions salariées de métropole hors Alsace-Moselle.

b. Cas des salariés agricoles d'Alsace-Moselle

Les personnes assurées contre le risque maladie professionnelle sont les mêmes que celles énumérées pour les personnes protégées du risque accident du travail en Alsace-Moselle dans les chapitres correspondants sus cités.

La définition de la maladie professionnelle est identique à celle énoncée par le régime général de Sécurité Sociale.

La procédure de reconnaissance d'une maladie professionnelle est identique à celle du régime général de Sécurité Sociale si ce n'est que la liste de tableaux est la même que celle des salariés agricoles de métropole hors Alsace-Moselle.

Tout le système de reconnaissance des maladies professionnelles est également identique à celui du régime général de Sécurité Sociale. Un décret du 28 février 1997 a permis l'application du système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles aux départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle (fonctionnement décrit dans un arrêté du 3 novembre 1997).

Les prestations en espèce et en nature sont identiques à celles assurées pour les salariés agricoles victimes d'un

accident du travail en Alsace et en Moselle (cf chapitre sus cité).

Le contentieux des maladies professionnelles des salariés agricoles d'Alsace-Moselle suit la même procédure que le contentieux des accidents du travail des salariés agricoles d'Alsace-Moselle.

c. Cas des salariés agricoles des départements d'outremer (DOM)

Les salariés agricoles des départements de la Réunion, de la Martinique, de la Guadeloupe et de la Guyane relèvent pour les maladies professionnelles depuis 1946 du régime général (article L.751-1 du Code de la Sécurité Sociale).

2. Cas des exploitants agricoles non salariés victimes d'une maladie professionnelle

a. Les exploitants agricoles non salariés de métropole hors Alsace-Moselle victimes d'une maladie professionnelle

aa. Ancien régime d'indemnisation

L'assurance obligatoire instituée par la loi du 22 décembre 1966 inscrite dans le Code Rural sous les articles 1.234-1, 1.234-18 couvre le risque des maladies professionnelles imputables à des travaux agricoles. L'assurance obligatoire couvre donc les dispositions prévues par les articles L.461-1 et suivants du Code de la Sécurité Sociale. La reconnaissance doit donc obéir au système des tableaux des maladies professionnelles.

Les prestations sont identiques à celles offertes aux exploitants agricoles non salariés victimes d'un accident du travail (cf chapitre sus cité). Il s'agit donc de la couverture des prestations en nature habituellement reconnues par la Sécurité Sociale ainsi que le paiement d'une pension d'inaptitude pour inaptitude totale ou partielle.

L'assurance complémentaire facultative édictée par la loi n°72-965 du 25 octobre 1972 parue au Journal Officiel du 27 octobre 1972 couvre également les maladies professionnelles contractées au cours de l'exercice d'une profession agricole non salariée.

Là encore, il s'agit des maladies professionnelles prévues par la loi n°72-965 du 25 octobre 1972 relative à l'assurance obligatoire des salariés agricoles contre les accidents du travail et les maladies professionnelles (article 13 du décret n°73-779 du 24 juillet 1973).

Ces prestations sont identiques à celles accordées pour un exploitant agricole non salarié victime d'un accident du travail (cf chapitre sus cité).

Le contentieux se déroule également d'une façon identique.

bb. Nouveau régime d'indemnisation régi par la loi du 30-11-2001

La loi du 30.11.01 parue au Journal Officiel du 1^{er}.12.01 et entrée en vigueur le 1^{er}.04.02, vise à créer une véritable branche accident du travail et maladie professionnelle au sein du régime de protection sociale des personnes non salariées des professions agricoles. Sont ainsi obligatoirement assurés, les chefs d'exploitation et leurs aides familiaux non salariés et associés d'exploitation, les conjoints qui participent à la mise en valeur de l'exploitation, les enfants de 14 ans à 16 ans, qui participent occasionnellement aux travaux de l'exploitation.

Une particularité réside dans la pluralité des gestionnaires de ce régime.

En effet, les caisses de la mutualité agricole mais aussi les sociétés civiles du code des assurances ou du code de la mutualité sont autorisées à garantir les risques accidents du travail ou maladies professionnelles.

Néanmoins, la MSA bénéficie d'un rôle de caisse pivot, en particulier les caisses de MSA, assurent le contrôle médical pour l'ensemble des ressortissants du régime.

Les prestations assurées, le contentieux sont identiques à ceux énumérés dans le chapitre accidents du travail des professions agricoles non salariées de métropole hors Alsace-Moselle. Il est créé des indemnités journalières allouées pendant la période d'incapacité temporaire du travail au seul chef d'exploitation ou d'entreprise agricole, le versement débute à l'expiration du 8^{ème} jour qui suit l'arrêt de travail consécutif à l'accident du travail ou à la maladie professionnelle. Le mode de calcul est déterminé en application des règles du régime général de sécurité sociale. Au moment de la consolidation de la lésion, un taux d'IPP est éva-

lué par le médecin conseil de la MSA. Le chef d'exploitation a le droit à une rente accident du travail lorsque son taux d'incapacité permanente est au moins égal à 50 %. Les autres personnes non salariées de l'exploitation, bénéficient d'une rente accident du travail en cas d'incapacité permanente totale soit un taux d'IPP de 100 %. On constate donc là une des limites de la nouvelle loi qui n'indemnise pas après consolidation toutes les maladies professionnelles mais uniquement celles dont le taux d'IPP est supérieur à 50 % pour les chefs d'exploitation.

Le calcul de la rente accident du travail est similaire à celui du régime général avec la détermination d'un taux utile réduit de moitié pour la fraction égale à 50 % et augmenté de la moitié pour la partie qui excède 50 %.

Le décret 2002-200 du 14.02.02 relatif aux prestations de l'assurance des non salariés agricoles contre les accidents du travail et les maladies professionnelles sur l'article 25 renvoie bien au tableau des maladies professionnelles agricoles.

Les différents modes de reconnaissance des maladies professionnelles se superposent à ceux des salariés puisqu'on reconnaît les maladies professionnelles reconnues dans le cadre des tableaux des maladies professionnelles et les maladies professionnelles reconnues dans le cadre du système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles (décret n°2002-200 du 14.02.02).

Toute maladie professionnelle doit être déclarée à l'organisme gestionnaire dans les quinze jours qui suivent la première constatation de l'origine professionnelle de la maladie, par les soins de la victime (article 26 du décret n°2002-200 du 14.02.02).

Dès réception d'une déclaration de maladie professionnelle, l'organisme gestionnaire dispose d'un délai de trois mois pour statuer sur le caractère professionnel de la maladie.

Lorsqu'il y a nécessité d'examen ou d'enquête complémentaire, l'organisme de prise en charge dispose d'un délai complémentaire pour instruire la déclaration de maladie professionnelle. L'organisme gestionnaire est tenu d'informer la victime ou ses ayants droits avant l'expiration d'un délai de 3 mois par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. Le recours au délai complémentaire doit intervenir avant l'expiration du délai initial d'instruction et court à compter de la date de la notification aux parties (article 35, 1^{er} alinéa, du décret n°2002-200 du 14.02.02).

Le point de départ du délai complémentaire est la date d'envoi de la notification qui informe les parties du recours au délai complémentaire (article 668 du nouveau code de procédure civile).

La date d'envoi met fin au délai normal d'instruction et constitue le point de départ du délai complémentaire.

L'absence de décision de l'organisme de prise en charge, à l'issue du délai initial de 3 mois ou du délai complémentaire de 3 mois entraîne le reconnaissance implicite à l'égard de la victime du caractère professionnel de la maladie (article 30 du décret n°2002-200 du 14.02.02).

Le décret n°2003-199 du 07.03.03 paru au journal officiel du 09.03.03 adapte aux non salariés agricoles les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) déjà mis en place pour les salariés du régime général en 1993 et aux salariés du régime agricole en 1994, du fait de l'application aux non salariés agricoles, des dispositions du titre VI du livre IV du code de la sécurité sociale concernant les maladies professionnelles. Les adaptations du décret concernent la composition, le fonctionnement, le ressort des CRRMP.

Le médecin conseil chargé de présenter cette demande devant le CRRMP est le médecin conseil national du régime agricole de protection sociale ou un médecin conseil désigné pour le représenter. Le comité régional compétent est celui dans le ressort duquel se trouve la caisse de MSA ou le bureau départemental ou interdépartemental de l'association des assureurs AAEXA (AAA) dont relève la victime. L'avis du comité est rendu à l'organisme assureur dont relève la victime.

Le dossier soumis au CRRMP est constitué par l'organisme assureur dont relève la victime. Il comprend :

- une demande motivée de reconnaissance signée par la victime
- un avis motivé d'un technicien conseil de prévention et d'un médecin du travail de la caisse de MSA territorialement compétente, portant notamment sur la réalité de l'exposition de la victime à un risque professionnel
- le cas échéant, les conclusions de l'enquête conduite par la caisse de MSA ou l'AAA
- le rapport établi par le service du contrôle médical de la caisse de MSA qui comporte le cas échéant le rapport d'évaluation du taux d'IPP de la victime.

Le dossier est rapporté devant le comité par le médecin conseil qui a examiné la victime ou qui a statué sur son taux d'IPP ou par le médecin conseil qu'il a désigné pour le représenter.

La demande de reconnaissance de la maladie professionnelle doit être instruite dans sa globalité, tous modes de reconnaissance confondus (système des tableaux et système complémentaire) dans un délai maximal (initial et complémentaire) de 6 mois à condition que l'organisme gestionnaire ait recours au délai complémentaire. Dans le cas contraire le délai maximal est ramené à 3 mois.

Autrement dit la décision de refus de prise en charge à l'égard de la victime doit intervenir en une seule fois et sur les deux modes de reconnaissance, soit avant l'issue du délai initial de 3 mois, soit et sous réserve bien entendu que l'organisme de prise en charge ait bien eu recours au délai complémentaire à l'issue de ce dernier.

En ce qui concerne les exploitants agricoles non salariés, le contentieux de la prise en charge en accident de travail ou en maladie professionnelle est régi par l'article R142-1 du code de la sécurité sociale qui stipule que l'assuré peut faire appel auprès de la commission de recours amiable et par l'article R142-6 du code de la sécurité sociale qui signale ensuite que le contentieux peut être poursuivi auprès du tribunal des affaires de sécurité sociale (TASS).

En ce qui concerne le contentieux du taux d'IPP des exploitants non salariés agricoles il est régi par l'article D.752-29 du code rural. L'article R142-41 du code de la sécurité sociale stipule que le contentieux général des accidents du travail et des maladies professionnelles est pris en charge par la commission de recours amiable sauf les cas stipulés par l'article R142-50 du code de la sécurité sociale qui incluent le contentieux du taux d'IPP.

Dans ce dernier cas, le contentieux est assuré par le président du TASS qui peut rédiger une ordonnance de conciliation et en cas d'échec par le tribunal des affaires de sécurité sociale puis ensuite par la cour d'appel du tribunal des affaires de sécurité sociale.

Le contentieux des exploitants non salariés agricoles, en ce qui concerne le taux d'IPP en accident du travail et maladie professionnelle, est également réglementé par le décret du journal officiel n°2003-846 du 29.08.03.

Pour le système de reconnaissance complémentaire, la même procédure et le même délai sont applicables aux non-salariés agricoles (décret 2003-199 du 7 mars

2003 paru au Journal Officiel N°58 du 9 mars 2003 page 4.163).

Le CRRMP compétent est alors celui dont le celui dans le ressort duquel se trouve la Caisse de mutualité sociale agricole ou le bureau départemental ou interdépartemental du groupement mentionné à l'article L. 752-14 du Code rural dont relève la victime. Le médecin conseil régional mentionné au premier paragraphe de l'article D. 461-27 du Code de la sécurité sociale, lequel article fixe la composition du CRRMP, est remplacé par le Médecin conseil national du régime agricole de protection sociale ou le médecin conseil qu'il désigne pour le représenter

b. Cas des exploitants agricoles non salariés d'Alsace-Moselle victimes d'une maladie professionnelle

Les personnes assurées contre le risque maladie professionnelle sont les mêmes que celles énumérées dans le chapitre de la protection des exploitants non salariés agricoles d'Alsace-Moselle pour les accidents du travail.

Les risques couverts au titre des maladies professionnelles sont les mêmes que pour les salariés agricoles d'Alsace-Moselle victimes d'une maladie professionnelle.

Les prestations en nature et en espèce sont identiques à celles énumérées dans le chapitre des exploitants agricoles non salariés d'Alsace-Moselle victimes d'un accident du travail.

Le contentieux des exploitants agricoles non salariés suit la même procédure que le contentieux des accidents du travail des exploitants agricoles non salariés.

c. Cas des maladies professionnelles des exploitants agricoles non salariés des départements d'outremer

aa. L'ancien système d'indemnisation avant la loi du 30 - 11 - 2001

Le régime d'assurance obligatoire contre les maladies professionnelles édicté pour la métropole par la loi du 2 décembre 1966 a été étendu aux exploitants agri-

coles non salariés des départements d'outremer par la loi n°83-1.071 du 14 décembre 1983 parue au Journal Officiel du 15 décembre 1983 inscrite au Code Rural sous la forme de l'article 1.234-27.

Les décrets d'application n°86-369 et n°86-371 du 10 mars 1986 sont publiés au Journal Officiel du 14 mars 1986.

L'assurance complémentaire facultative édictée par la loi n°72-965 du 25 octobre 1972 parue au Journal Officiel du 27 octobre 1972 a été étendue aux départements d'outremer pour les exploitants agricoles non salariés par cette même loi n°83-1.071 du 14 décembre 1983 parue au Journal Officiel du 15 décembre 1983 inscrite sous la forme de l'article 1.234-29 dans le Code Rural. Le décret d'application n°86-370 du 10 mars 1986 a été publié au Journal Officiel du 14 mars 1986.

bb. Le nouveau système d'indemnisation après la loi du 30 - 11 - 2001

L'article L.762-34 du code rural modifié par l'article 3 de la loi n°2001-1128 du 30.11.01 sur les accidents du travail et les maladies professionnelles des exploitants agricoles et de leur famille entrée en vigueur le 01.04.02 et le décret en Conseil d'Etat n°2003-617 du 3-7-2003, paru au Journal Officiel du 5-7-2003 rendent applicable les dispositions de l'assurance accident du travail de la loi entrée en vigueur le 1-4-2002 des non salariés agricoles aux personnes non salariées des professions agricoles exerçant leur activité dans les départements d'outremer.

Les caisses générales de sécurité sociale exercent les fonctions dévolues aux MSA.

Les directeurs départementaux des affaires sanitaires et sociales exercent les missions dévolues aux chefs des services départementaux de l'inspection du travail, de l'emploi, de la politique sociale agricole. ■

BIBLIOGRAPHIE

DANG-VU V. – *L'indemnisation du préjudice corporel*, Paris Editions L'harmattan, troisième édition, 2010.

Barème indicatif d'invalidité des accidents de service des fonctionnaires pris pour l'application de l'article L.28 (3^e alinéa) du Code des Pensions Civiles et Militaires de retraite, annexé au décret n° 68-756 du 13-8-1968 publié au *Journal Officiel de la République Française* du 24-8-1968, modifié par le

décret n° 2001-99 du 31-1-2001 publié au *Journal Officiel de la République Française* du 4-2-2001 page 1932.

Barème indicatif d'invalidité des accidents du travail, annexé au décret du 24 mai 1939, publié au *Journal Officiel de la République Française* du 8-6-1939.

Barème indicatif d'invalidité des accidents du travail, publié au *Journal Officiel de la République Française* du jeudi 30-12-1982 et inséré dans les annexes I et II au livre IV du Code de la Sécurité Sociale deuxième partie - décrets en Conseil d'Etat.

Barème indicatif d'invalidité des maladies professionnelles, annexé au décret n° 99-323 du 27-4-1999, publié au *Journal Officiel* (édition des documents administratifs), inséré dans l'annexe II au livre IV du Code de la Sécurité Sociale.

BOUVIGNIES P. – *Le médecin agréé, guide pratique à l'usage des médecins et des fonctionnaires*. 1 volume, 168 p. Paris : Editions Eska, 1995.

BÜHL M. et CASTELLETTA A. – *Accident du travail, Maladie professionnelle*, Paris : Dalloz, 2^e édition, 2004.

DÔMONT A. – *Santé, sécurité au travail et fonctions publiques*. Paris : Editions Masson, Collection Médecine du travail, 2000.

KATZ A. – *Lamy Protection Sociale*. Paris : Editions Lamy S.A., 2009.

LIBES M. – *L'accident et la maladie du fonctionnaire imputables au service*. Paris : Editions Berger-Levrault, 1^{re} édition, 2008.

PADOVANI P. et MIRANDA R. – *Barème des accidents du travail et des maladies professionnelles*, Paris, Editions Lamarre, 1992.

PIERCHON M. – *Guide du contentieux de la Sécurité Sociale*. Paris, Editions Cedat, 3^e édition, 2001.

PIERCHON M. – Le contentieux technique de la Sécurité Sociale, manuel à l'usage des assesseurs. Numéro spécial de la revue *La Commission*, juin 2004.

PIERCHON M. – Le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale, guide pratique d'audience, avec préface de Thomas Kemp, numéro spécial de la revue *La Commission*, mai 2005. Mise à jour de juin 2006 de la revue *La Commission*.

PIERCHON M. – *Les contentieux de la Sécurité Sociale*. Montpellier. Editions Resoc, 2006.

PIERCHON M. et DORANT A. – Le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale en pratique, *Semaine sociale Lamy*, Supplément n° 1021, 26 mars 2001.

ROUAUD J.P. – Le contentieux de la Sécurité Sociale en matière de maladie, d'invalidité et d'inaptitude ou de pathologie professionnelle. *Revue du Rhumatisme* 1998; 65 (11 bis) : 300S-302S.

*Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction
par tous procédés réservés pour tous pays.*

La loi du 11 mars 1957, n'autorisant aux termes des alinéas 2 et 3 de l'article 41, d'une part, que des copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, que les analyses et courtes citations dans un but d'exemple et d'illustrations, « toute représentation ou reproduction intégrale, ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause, est illicite » (alinéa 1^{er} de l'art. 40). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code pénal. Il est interdit de reproduire intégralement ou partiellement le présent ouvrage sans autorisation de l'éditeur ou du Centre Français de Copyright, 6 bis, rue Gabriel Laumain, 75010 PARIS.

© 2010 / ÉDITIONS ESKA

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION : SERGE KEBABTCHIEFF

CPPAP n° 0412 T 81816 — ISSN 0999-9809 — ISBN 978-2-7472-1742-2

Printed in Spain

