

Comment se battre pour une juste indemnisation ?

C'est le taux d'incapacité (taux d'IPP) fixé par le médecin conseil qui détermine le montant de l'indemnisation accordée par la caisse primaire de Sécurité sociale.

Avec un minimum d'expérience, on peut, sans être médecin, repérer des taux d'incapacité anormalement bas pour des maladie liée à l'amiante. Des bénévoles des associations de l'Andeva y parviennent. Pour cela, il faut d'abord savoir comment est évaluée l'incapacité.

Lorsqu'une maladie professionnelle est reconnue, la caisse attribue un taux d'incapacité permanente partielle à la victime (taux IPP). En théorie, c'est elle qui fixe ce taux, après avis du médecin conseil. En pratique ce dernier a un pouvoir quasi absolu dans ce domaine.

Le taux d'IPP doit tenir compte du barème

Lorsqu'il détermine le taux d'IPP, le médecin conseil, doit tenir compte des barèmes indicatifs d'invalidité : l'un concerne les accidents du travail, l'autre les maladies professionnelles (Pour les maladies liées à l'amiante, voir le chapitre 6 : « Affections respiratoires »). Les deux barèmes sont complémentaires. On les trouve sur Internet (www.ucanss.fr)

Le préambule du barème accidents du travail énonce des principes généraux valables aussi bien pour les accidents du travail que pour les maladies professionnelles.

Il précise que le barème a un caractère **indicatif**. Le médecin chargé de l'évaluation a la liberté de s'en écarter, mais il doit préciser les raisons qui l'ont conduit le faire : « **indicatif** » n'est pas synonyme d' « **arbitraire** ».

Il est logique qu'en présence de facteurs aggravants le médecin conseil attribue un taux d'IPP supérieur à celui du barème. On est par



contre en droit de se demander pour quel motif il prendrait la liberté d'attribuer un taux inférieur au barème.

Des critères différents pour les cancers et pour les fibroses

Les cancers :

Pour le mésothéliome, le taux d'incapacité fixé par le barème est de 100%.

Pour le cancer du poumon, le barème prévoit une fourchette de taux d'IPP de 67 à 100 % selon sa classification **TNM**, qui définit des stades selon la taille de la tumeur, l'existence de ganglions proches et celle de métastases.

Il n'existe aucune raison d'attribuer un taux d'IPP inférieur à 67 % à une victime de cancer du poumon.

Les fibroses :

Pour les maladies non cancéreuses, le barème prend en compte deux critères essentiels : le diagnostic et l'altération de la fonction respiratoire. Des facteurs

physique radiologiquement confirmée » et des « *conséquences psychologiques* » de l'annonce du diagnostic : « *la présence de plaques pleurales, mêmes isolées devrait justifier un taux d'incapacité minimum de 5%* » (Revue des maladies respiratoires 2000, vol. 17, n°5 bis, page 1013). »

L'Andeva recommande de contester tous les taux d'IPP inférieurs à 5% pour des plaques pleurales.

Rien n'interdit d'ailleurs d'attribuer un taux supérieur à 5% quand les plaques sont multiples et importantes, même si la fonction respiratoire n'est pas altérée.

Il faut d'ailleurs se méfier : le diagnostic de plaques pleurales posé par la caisse peut être « l'arbre qui cache la forêt ». Il peut s'agir en fait de lésions pleurales beaucoup plus importantes, sous forme d'épaississements de la plèvre viscérale, soit diffus, soit localisés associés à des atteintes pulmonaires (bandes parenchymateuses, atélectasies par enroulement). Les plaques peuvent aussi être associées à une fibrose du poumon (asbestose) passée sous silence.

Les comptes-rendus de scanner ne rendent pas souvent compte de l'importance des lésions. Il faut donc que les victimes apprennent à regarder les images fournies sur CD Rom, pour ne pas être lésés.

Extrait du barème d'invalidité de l'UNCASS

Atteintes fonctionnelles	CPT (en % de la valeur théorique)	PaO2 (pression partielle en oxygène dans le sang artériel)
Troubles fonctionnels légers. IPP : 5 à 10%	Troubles fonctionnels perceptibles mais non mesurables	
Insuffisance respiratoire chronique légère IPP : 10 à 40%	60 à 80%	Supérieure à 70 mm Hg
Insuffisance respiratoire chronique moyenne. IPP : 40 à 67%	50 à 60%	De 60 à 70 mm Hg
Insuffisance respiratoire chronique grave IPP : 40 à 67%	40 à 50%	De 50 à 60 mm Hg
Insuffisance respiratoire chronique sévère IPP : 100%	inférieure à 50%	Inférieure à 50 mm Hg

Évaluer les atteintes à la fonction respiratoire

Qu'il s'agisse de plaques pleurales, d'épaississements diffus ou localisés de la plèvre viscérale ou d'asbestose, le taux d'IPP sera conditionné par les répercussions sur la fonction respiratoire.

Le barème prévoit **5 degrés d'insuffisance respiratoire chronique**, de *légère* à *sévère*, avec à chaque fois une fourchette de taux d'IPP différente (§ 6.9 : *déficience fonctionnelle*). Il prend en compte **quatre critères** : la capacité pulmonaire totale, le taux d'oxygène dans le sang, le volume maximal expiré en une seconde, et le retentissement sur le ventricule droit du cœur. Les deux premiers sont les plus importants..

1) La capacité pulmonaire totale (CPT)

Le critère déterminant est la **capacité pulmonaire totale** : plus elle diminue, plus l'insuffisance respiratoire est importante.

- A une CPT comprise entre 60 et 80% de la valeur moyenne théorique (*insuffisance respiratoire chronique légère*) correspond une fourchette de taux d'IPP de 10 à 40 % (cf tableau ci-dessus).

- A une CPT à 80 % correspond un taux d'IPP de 10 %.

- A une CPT à 60 % correspond un taux d'IPP de 40 %.

2) Le taux d'oxygène dans le sang (PaO2)

La chute du taux d'oxygène dans le sang (hypoxémie) survient en général lorsque la CPT a déjà nettement diminué : l'ampleur des lésions rend le poumon incapable d'assurer son rôle dans l'acheminement de l'oxygène vers le sang. Plus la PaO2 est faible, plus l'insuffisance respiratoire est importante.

La caisse primaire doit en principe se référer à au moins un critère pour évaluer le degré de déficience fonctionnelle.

On s'appuiera donc soit sur la CPT, soit sur la PaO2.

Ainsi à un taux d'IPP de 40 % (frontière entre l'insuffisance respiratoire chronique *légère* et l'insuffisance respiratoire chronique *moyenne*) peut correspondre :

- une PaO2 à 70 mmHg.
- une CPT à 60 % de la valeur moyenne théorique.

Il est des cas où la CPT n'est pas franchement anormale, alors que la PaO2 est abaissée (égale ou inférieure à 70 mmHg). On dit qu'il existe une hypoxémie « isolée » : les lésions du poumon ou de la plèvre, entraînent une mauvaise ventilation des *bases du poumon* (région richement vascularisée, qui contribue le plus à l'oxygénation du poumon).

En cas de discordance entre deux paramètres, on se réfère à celui qui donne le degré d'insuffisance respiratoire le plus élevé (ici : la PaO2)

DES FACTEURS AGGRAVANTS PEUVENT MAJORER LE TAUX D'INCAPACITÉ

L'évaluation de l'incapacité ne se réduit pas à l'évaluation du déficit fonctionnel. L'article L 434-2 du Code de la sécurité sociale stipule que « *Le taux de l'incapacité permanente est déterminé d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et mentales de la victime ainsi que d'après ses aptitudes et sa qualification professionnelle, compte tenu d'un barème indicatif d'invalidité* ».

Les atteintes cardiaques

Le handicap du aux atteintes liées à l'amiante se trouve majoré du fait d'un retentissement cardiaque. Le préambule du barème accidents du travail est clair : « *Les chiffres proposés l'étant pour un sujet normal, il y a lieu de majorer le taux moyen du barème si l'état physique ou mental de l'intéressé paraît devoir être affecté plus fortement par les séquelles que celui d'un individu normal* ».

Le déclassement professionnel

Conformément à l'article L 434-2, il y lieu de revendiquer la majoration du taux d'IPP médical, en y ajoutant un taux pour déclassement professionnel si la maladie liée à l'amiante entraîne une perte gains actuelle et aura dans le futur des répercussions sur le niveau de retraite.

La douleur

Les douleurs liées aux maladies de l'amiante sont loin d'être négligeables.

Le barème maladies professionnelles prévoit au paragraphe 6.8.2 qu'un syndrome douloureux thoracique avec trouble ventilatoire associé justifie d'appliquer un coefficient de majoration de 1,2 au taux d'IPP correspondant à la déficience fonctionnelle.

Par exemple, si l'insuffisance respiratoire chronique justifie l'attribution d'un taux d'IPP de 40 %, l'existence d'un syndrome douloureux thoracique associé multiplie ce taux par un coefficient de 1,2, portant donc le taux d'IPP à 48 %.

Dans le cadre d'un syndrome douloureux thoracique isolé, c'est à dire sans trouble ventilatoire associé, le barème prévoit un taux d'IPP de 1 à 5 %. Mais le taux peut facilement dépasser les 5 %, en fonction de la permanence ou non des douleurs.

On évalue l'intensité des douleurs en demandant à la victime de se situer sur une échelle de 1 à 10 et surtout en examinant les prescriptions d'antalgiques.

L'OMS (Organisation mondiale pour la santé) définit trois paliers dans la prise de médicaments contre la douleur :

- les antalgiques de palier 1, (aspirine, paracétamol...)
- les antalgiques de palier 2, ou dérivés mineurs de l'opium, (codéine),
- les antalgiques de palier 3, (morphine ou équivalents).

Selon la prise médicamenteuse par la victime, attestée par le médecin qui la soigne et les ordonnances de prescription, le taux d'IPP pour les douleurs peut facilement dépasser les 5 %, pour atteindre les 15 %, lorsque l'intensité nécessite l'emploi d'antalgiques de palier 3.