



L'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles, régie par le Code de la Sécurité sociale, passe par la fixation d'un taux d'incapacité permanente partielle (IPP).

Ce taux doit être fixé en tenant compte de deux barèmes complémentaires : l'un pour les accidents du travail (AT), l'autre pour les maladies professionnelles (MP). Ils sont sur le site internet :

www.ucanss.fr

[Les maladies liées à l'amiante sont au chapitre 6 du barème MP sur les affections respiratoires.]

Les médecins conseils qui fixent le taux d'IPP ont souvent une vision restrictive du barème. Certains n'hésitent pas à le bafouer en fixant par exemple un taux de 30% pour un mésothéliome, quand le barème prévoit 100%.

Les contentieux devant le Tribunal du contentieux de l'incapacité (TCI) ne manquent pas.

Avec un dossier bien argumenté, on peut obtenir le relèvement d'un taux d'IPP insuffisant.

Dr Lucien Privet

TRIBUNAL DU CONTENTIEUX DE L'INCAPACITÉ

Comment argumenter pour relever un taux d'IPP insuffisant ?

Quand le taux d'incapacité permanente partielle (IPP) est trop bas, il faut le contester devant le Tribunal du contentieux de l'incapacité (TCI). Voici quelques cas d'actions réussies.

PLAQUES PLEURALES

Monsieur C. a des plaques pleurales nombreuses et calcifiées. Il a un taux d'IPP de 1%. Devant le TCI, il obtient un taux de 10 % après avis de l'expert.

Les plaques pleurales sont une fibrose de la plèvre pariétale (enveloppe du poumon au contact des côtes).

Le barème prévoit un taux d'IPP de 1 à 5 % (paragraphe 6.7.4), mais il existe un consensus assez large pour un taux minimum de 5 %, même lorsqu'il n'y a aucune altération mesurable de la fonction respiratoire.

Le barème est indicatif. On peut demander 10% quand les plaques sont assez importantes et même 15% quand elles sont très importantes.

On peut aussi demander une majoration du taux d'IPP si les explorations fonctionnelles respiratoires (EFR) montrent une diminution significative de la capacité pulmonaire totale (CPT), en application du paragraphe 6.9 sur la déficience fonctionnelle.

C'est le cas lorsque la CPT est égale ou inférieure à 80 % de la valeur moyenne théorique.

PLAQUES PÉRICARDIQUES

Monsieur S. a des plaques pleurales pour lesquelles il a eu un taux d'IPP de 5%. Il a aussi des plaques sur le péricarde (enveloppe du cœur), qui ne sont pas indemnisées. Devant le TCI, il obtient un taux de 30 %, sans avis d'expert.

Le tableau de maladies professionnelles n° 30 évoque des « *plaques pleurales ou péricardiques* ».

Certains experts au TCI font la confusion. L'un d'eux écrit : « *il n'y a pas lieu de dissocier sur le plan de l'indemnisation les plaques péricardiques des autres plaques, ces lésions représentant la même pathologie* ».

Il s'agit en fait de deux pathologies nettement différentes : l'une atteint l'enveloppe du poumon, l'autre l'enveloppe du cœur. L'une a peut avoir des conséquences sur la fonction respiratoire, l'autre sur le fonctionnement du cœur.

Dans le barème maladies professionnelles les plaques péricardiques sont dans le chapitre concernant les affections cardio-vasculaires (paragraphe 1.5 sur les atteintes péricardiques).

ÉPAISSISSEMENTS DE LA PLÈVRE VISCÉRALE

Monsieur M. a des épaissements de la plèvre viscérale. Sa capacité pulmonaire totale (CPT) est de 62 % de la valeur théorique. Il a des douleurs thoraciques permanentes. La caisse lui donne un taux d'IPP de 5 %. Devant le TCI il obtient un taux de 50% sur avis de l'expert.

La plèvre viscérale est l'enveloppe qui est au contact du poumon. En épaisissant, elle entraîne des répercussions sur le poumon. Les radiologues nomment ces images « *bandes parenchymateuses* » ou bien « *atélectasies par enroulement* ».

Le barème médical propose un taux de 1 à 10% (paragraphe 6.7.5), mais pour évaluer son taux d'IPP, il faut aussi tenir compte de sa CPT à 62% (insuffisance respiratoire chronique justifiant un taux 40 %), et de ses **douleurs thoraciques** (qui justifient une majoration du taux de 8%). Nous avons donc demandé un taux d'IPP de 48% (40% + 8%)

Le TCI a finalement fixé le taux d'IPP à 50 %, sur avis de l'expert.

ASBESTOSE

Monsieur R., a des plaques pleurales avec un taux de 5 %. Il a aussi une asbestose (fibrose du poumon), pour laquelle le médecin conseil lui accorde 0 % ! Il obtient 5 % au TCI sur avis de l'expert.

Au scanner, les plaques de Monsieur R. sont bien visibles sur la plèvre. Sur le parenchyme (= le poumon proprement dit), on voit des deux côtés une sorte de liseré blanc, parallèle à la plèvre. Il s'agit de « *lignes courbes sous-pleurales* », caractéristiques d'une asbestose.

Le médecin conseil avait justifié le taux de 0% « *compte tenu de l'indemnisation déjà attribuée pour la MP 30 B et de l'absence de retentissement fonctionnel des lésions parenchymateuses* ».

Il avait tort. Même si la victime bénéficie déjà d'un taux d'IPP pour des lésions pleurales, elle doit bénéficier d'un autre taux d'IPP pour l'asbestose, au minimum 5 % voire davantage en fonction de l'importance des images, même en l'absence d'un déficit fonctionnel respiratoire.

En effet, l'asbestose n'est pas une aggravation des lésions pleurales mais une maladie différente qui évolue pour son propre compte.

S'il existe, en plus des images, un déficit fonctionnel associé, le taux d'IPP lié à ce déficit est évalué en prenant en compte la diminution de la capacité pulmonaire totale et/ou du taux d'oxygène dans le sang (hypoxémie) définie par la PaO2 (paragraphe 6.9 du barème).

CANCER BRONCHO-PULMONAIRE

Monsieur M. a été opéré d'un cancer du poumon. Il a reçu un taux d'IPP de 20 %. Il obtient au TCI un taux de 70 %, sur proposition de l'expert.

La capacité pulmonaire totale de Monsieur M. est à 75 % de la valeur moyenne théorique.

Pour justifier le taux de 20%, le médecin conseil s'appuie sur ce chiffre qui mesure le « *retentissement* [de cette maladie] *sur la fonction respiratoire* ».

Il fait une erreur grossière, impardonnable, en ignorant que le taux d'IPP n'est pas basé, dans ce cas, sur les séquelles respiratoires, (logiques après une intervention chirurgicale), mais sur la nature évolutive même de la maladie.

Le **plancher** est à 67 % pour un cancer en rémission complète sans autre séquelle qu'une diminution de la CPT.

La **fourchette** va de 67 à 100 % « *en fonction du code TNM et des suites thérapeutiques* ».

(Le code TNM est la classification du cancer selon la taille de la tumeur, l'existence de ganglions envahis localement et de métastases à distance)

Nous avons demandé le taux minimum de 67 % (prévu par le barème au paragraphe 6.6.)

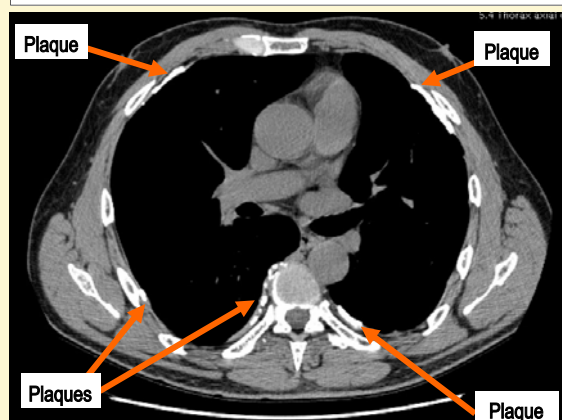
Ce cas n'est pas isolé. Des médecins conseils agissent ainsi sciemment pour réduire l'indemnisation des victimes.

CONCLUSION

Dans ces dossiers nous avons obtenu gain de cause devant le TCI, car l'expert a suivi notre demande. Ce n'est pas toujours le cas...

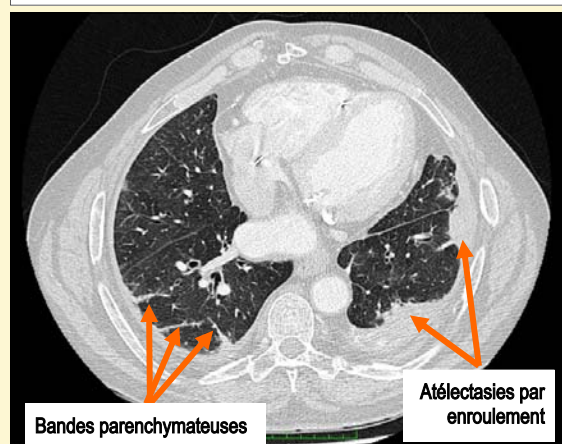
Ce qu'on voit au scanner

Plaques pleurales



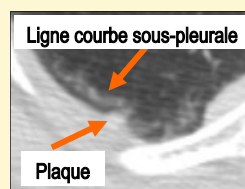
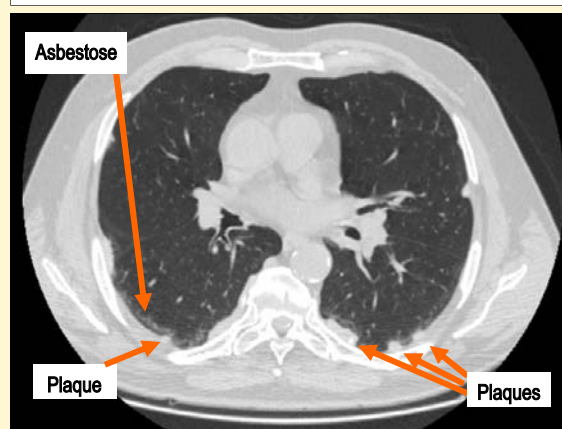
La plèvre est tapissée à 5 endroits de plaques pour la plupart calcifiées.

Épaississement de la plèvre viscérale



A droite (à gauche sur l'image) la plèvre est épaissie et s'en détachent 3 bandes parenchymateuses. A gauche le plèvre est très épaissie avec deux masses qui se détachent (= atélectasies par enroulement).

Plaques pleurales + Asbestose



Aux plaques pleurales nettement visibles s'associe, dans le poumon des deux côtés, **une sorte de liseré blanc, parallèle à la plèvre**. Il s'agit de lignes courbes sous-pleurales, caractéristiques d'une asbestose.