

Réparation des maladies respiratoires professionnelles en France

J.-P. L'Huillier^{1,2}, D. Choudat³

Résumé

Les procédures administratives pour la réparation des maladies professionnelles doivent être connues par les pneumologues afin de conseiller leurs patients. Ces procédures de déclaration, de reconnaissance et d'indemnisation dépendent de la couverture sociale du patient. Cependant les principes généraux sont analogues et reposent sur un système mixte : 1) la présomption d'origine si l'affection est mentionnée dans un « tableau » publié au Journal Officiel et si tous les critères administratifs et d'exposition indiqués dans le tableau sont remplis, 2) un avis au cas par cas, avec certaines limites, si la présomption d'origine ne s'applique pas. Mais ces procédures ne concernent pas les travailleurs indépendants qui n'ont pas de couverture du risque maladie professionnelle.

De plus, les patients atteints d'affections en rapport avec l'amiante bénéficient d'avantages complémentaires dont les conditions d'accès sont rappelées : fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante et cessation anticipée d'activité.

Mots-clés : Législation • Indemnisation • Maladies professionnelles • Maladies respiratoires • Amiante.

¹ Cabinet de pneumologie, La Varenne Saint-Hilaire, France.

² Service de pneumologie et consultation de pathologie professionnelle, Centre Hospitalier Intercommunal, Créteil, France.

³ Université Paris Descartes, AP-HP, Paris, France.

Correspondance : J.-P. L'Huillier

Cabinet de pneumologie, 114 avenue du Bac,
94210 La Varenne Saint-Hilaire.

lhuillier.jean-pierre@wanadoo.fr

Réception version principes à la Revue : 29.08.2008.

Demande de réponse aux auteurs : 17.09.2008.

Réception de la réponse des auteurs : 03.12.2008.

Acceptation définitive : 23.12.2008.

Les auteurs n'ont pas déclaré de conflits d'intérêt.

Rev Mal Respir 2009 ; 26 : 167-82

Compensation for occupational respiratory diseases in France

J.-P. L'Huillier, D. Choudat

Summary

Respiratory physicians must be aware of the administrative procedures for the compensation of occupational diseases in order to advise their patients.

These procedures for declaration, recognition and compensation are dependent on the patient's social insurance. However, the general principles of this insurance coverage are similar. They are based on a "mixed" system: 1) a presumed cause, when the disease appears on a government list published in the national record (*Journal Officiel*), and if all administrative and exposure criteria described in that list are met, 2) a case-by-case opinion, with certain limitations, if the presumed cause does not apply.

However, these procedures do not apply to self employed workers who do not benefit from occupational disease social insurance.

Furthermore, patients with asbestos-related diseases receive additional compensation, the criteria for which are reviewed here: compensation funds and anticipated retirement.

Key-words: Legislation • Compensation • Occupational disease • Respiratory disease • Asbestos.

Les atteintes respiratoires d'origine professionnelle sont les plus fréquentes des maladies professionnelles (MP) reconnues dans le cadre du régime général de la Sécurité Sociale après les troubles musculosquelettiques. Les maladies respiratoires professionnelles secondaires à l'inhalation de fibres d'amiante ont ainsi représenté la 2^e cause des maladies professionnelles reconnues avec versement d'une indemnisation dans le cadre du régime général de la sécurité sociale en 2004, avec 5 649 cas reconnus [1]. Le nombre de cas de maladies survenant chez des salariés ayant été exposés à l'amiante et reconnues en maladie professionnelle augmente régulièrement. Le pneumologue doit savoir évoquer la possibilité d'un lien avec l'activité professionnelle devant de nombreuses affections respiratoires (cancer [2], asthme [3], tuberculose, BPCO [4]...), et conseiller son patient sur les enjeux et l'opportunité d'une éventuelle démarche de déclaration en maladie professionnelle. Les enjeux sociaux sont importants, avec la possibilité d'obtenir une réparation du préjudice subi et le bénéfice d'aides au maintien dans l'emploi ou au reclassement professionnel, contrastant avec le risque de perte d'emploi dans certains cas. Il faut également connaître l'existence de mesures spécifiques de suivi pour les retraités ayant été exposés à l'amiante durant leur activité salariée, leur permettant de faire réaliser de façon biennale un bilan pris en charge par un fonds spécifique de la Sécurité Sociale (suivi post-professionnel). Les BPCO professionnelles sont une illustration caricaturale de la sous-déclaration de certaines maladies respiratoires professionnelles : quinze à vingt pour cent des cas de BPCO relèveraient, au moins partiellement, d'expositions à des nuisances respiratoires subies sur les lieux du travail, ce qui constitue un réel problème de santé publique [4]. Actuellement seul un petit nombre de cas de BPCO est reconnu en maladie professionnelle, probablement du fait d'une part d'une certaine méconnaissance de l'existence d'un possible facteur professionnel de la part des médecins et des patients, d'autre part de la création relativement récente des tableaux permettant la réparation des BPCO professionnelles, enfin peut-être du facteur de confusion que peut représenter l'existence d'un tabagisme actif : celui-ci ne doit pas faire écarter l'existence d'un possible facteur professionnel.

Nous décrivons successivement dans cet article tout d'abord les différentes étapes de la réparation d'une maladie respiratoire professionnelle (modalités pratiques de déclaration, reconnaissance par présomption d'origine selon le « système des tableaux » et par le système complémentaire de reconnaissance des MP, évaluation et indemnisation des préjudices) pour les salariés du secteur privé, en citant les spécificités s'appliquant aux salariés de la Fonction Publique et aux travailleurs indépendants, puis aborderons les dispositions spécifiques aux maladies induites par l'inhalation de fibres d'amiante comme le recours au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante et la cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante, avant de discuter les avancées sociales que constituent ces démarches.

La réparation d'une maladie professionnelle respiratoire

Quel est plus particulièrement le rôle du pneumologue, médecin traitant d'un patient chez lequel il suspecte une MP ?

Le pneumologue a en charge le diagnostic et le traitement de la maladie, mais il a aussi un rôle capital pour dépister une origine professionnelle éventuelle et pour conseiller son patient dans les démarches médico-administratives. Des documents d'aide à la gestion administrative [5-7] et au diagnostic des maladies professionnelles respiratoires sont accessibles dans des revues médicales ou sur certains sites internet, par exemple en ce qui concerne l'asthme professionnel [8, 9], les critères diagnostiques tomodensitométriques des maladies bénignes de l'amiante [10], le repérage des expositions professionnelles chez les patients atteints de cancer bronchopulmonaire primitif [11].

La réparation d'une MP (maladie liée à une exposition à un danger en rapport avec l'activité professionnelle) nécessite plusieurs étapes : la déclaration, la reconnaissance puis l'évaluation et l'indemnisation des préjudices [5, 12, 13]. Ces étapes administratives et la prise en charge peuvent différer selon l'organisme de couverture sociale du patient (salarié, fonctionnaire, travailleur indépendant). Des procédures de recours existent en cas de refus de reconnaissance du caractère professionnel de l'affection (leur délai doit être respecté : 2 mois).

Modalités de déclaration

La déclaration d'une MP est effectuée par le patient lui-même (il est conseillé de demander un récépissé) auprès de son organisme couvrant le risque Accident du travail/Maladie professionnelle (AT/MP) (caisse primaire d'assurance-maladie pour les salariés du secteur privé, CPAM). Il joint au formulaire de déclaration (téléchargeable : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/formulaires/S6100.pdf) un certificat médical initial (CMI), des éléments apportant la preuve de l'exposition habituelle au risque (en particulier si elle est ancienne : copie de certificat de travail, témoignages...) et, s'il est encore en activité, une attestation de salaire fournie par l'employeur [5, 12, 13].

Le médecin doit certifier l'existence de la maladie mais il n'est pas nécessaire qu'il ait la certitude de son origine professionnelle. Une suspicion de MP est suffisante. En effet, il est généralement impossible d'établir avec certitude l'origine d'une maladie qui résulte souvent de l'intrication de multiples facteurs (exposition professionnelle, tabagisme, facteurs génétiques...). Il est souhaitable de vérifier si l'affection est mentionnée dans un « tableau » de maladie indemnisable et si tous les critères médicaux sont remplis [5]. Les affections respiratoires figurant dans un tableau de MP sont nombreuses (asthme, BPCO, cancer bronchique, mésothéliome, pneumoconioses, tuberculose et autres infections respiratoires, pneumopathie d'hypersensibilité...) (*tableau I*) et leur liste, classée par types d'affection, par agents étiologiques ou par tableaux est accessible sur le site de l'Institut National de Recherche et Sécurité (www.inrs.fr).

Le CMI, sur formulaire Cerfa (http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/formulaires/S6909.pdf) ou sur papier libre (modèle : <http://maladies-professionnelles.cramif.fr/certificat-medical-declaration-en-maladie-professionnelle.pdf>) doit mentionner :

- l'identification du patient et du médecin rédacteur ;
- le type d'affection, en se référant au tableau de maladie professionnelle concerné, et autant que possible en respectant la terminologie ;
- la date de la première constatation de la maladie ;
- l'exposition professionnelle suspectée.

Il est souhaitable que le médecin garde une photocopie de ce certificat dans le dossier du patient. Par ailleurs, il doit confier au patient copie de tous les examens complémentaires réalisés (examens radiologiques, résultats des tests allergologiques, exploration fonctionnelle respiratoire (EFR), comptes rendus anatomopathologiques...) afin que celui-ci puisse en faire état auprès du médecin conseil.

La caisse adresse une copie de la déclaration de MP et du CMI, sans le diagnostic, à l'employeur et à l'Inspection du Travail. Parallèlement, elle remet des « volets de soins » à la victime pour lui permettre de bénéficier de la prise en charge à 100 % des prestations en nature sans avance des frais (tiers payant).

Reconnaissance

Les modalités de reconnaissance en MP dépendent du statut socioprofessionnel du patient et du type de pathologie.

Salarié du secteur privé

Les salariés (régime général, régime agricole, SNCF, EDF...) peuvent bénéficier de trois modalités différentes de reconnaissance en maladie professionnelle, en fonction de l'existence ou non d'un tableau de maladie professionnelle. Ces modalités sont précisées dans trois alinéas successifs de l'article L. 461-1 du code de la Sécurité Sociale (Loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 sur la reconnaissance des maladies professionnelles) [14].

Reconnaissance par présomption d'origine selon le « système des tableaux » (Régime général et Régime agricole)

Une maladie peut être reconnue comme MP indemnisable si elle figure sur l'un des tableaux annexés au Code de la Sécurité Sociale et a été contractée dans les conditions mentionnées dans ce tableau. Ces tableaux sont créés et modifiés par décret en tenant compte de l'évolution des techniques, des progrès des connaissances médicales et de l'amélioration des connaissances sur les relations entre maladies et expositions professionnelles après accord entre les partenaires sociaux (www.inrs.fr). Des tableaux différents ont été élaborés pour le régime général (RG) et pour le régime agricole (RA) (*tableau I*).

Tableau I.

Maladies respiratoires professionnelles réparées dans le cadre des tableaux de maladies professionnelles du régime général et du régime agricole de la Sécurité Sociale (établi en reprenant l'énoncé et le contenu des différents tableaux, et en introduisant quelques interprétations nosologiques pour plus de clarté ; modifié et augmenté [15]).

Groupes de pathologies	Libellé des affections prises en charge	Agents étiologiques et activités responsables	Tableau RG	Tableau RA
Syndromes aigus	Intoxication aiguë avec gêne respiratoire ; irritation des voies aériennes supérieures Irritation des voies aériennes supérieures Bronchopneumopathie aiguë	Dérivés du phénol et de l'hydroxybenzonnitrile	14	13
		Fluor, acide fluorhydrique et ses sels minéraux	32	
		Fluor, acide fluorhydrique et ses sels minéraux Béryllium et ses composés (et bronchopneumopathie subaiguë)	32 33	
	Affections des voies aériennes	Cadmium et ses composés Sélénium et ses dérivés minéraux	61 75	42
	Dyspnée aiguë	Arsenic et ses composés minéraux	20A	10B
	Dyspnée asthmatiforme	Phosphates et organophosphorés anticholinestérasiques, phosphoramides et carbamates hétérocycliques anticholinestérasiques Aldéhyde formique et ses polymères	34	11B 28
	Syndrome respiratoire obstructif aigu	Poussières textiles végétales	90A	54A
	Broncho-alvéolite aiguë ou subaiguë	Poussières de carbures métalliques frittés ou fondus contenant du cobalt Manipulation ou emploi habituel, dans l'exercice de la profession, de tous produits	70 bis	45B
	Œdème pulmonaire	Certains dérivés halogénés des hydrocarbures aliphatiques Dérivés du phénol et de l'hydroxybenzonnitrile Fluor, acide fluorhydrique et ses sels minéraux (œdème aigu) Phosphates et organophosphorés anticholinestérasiques, phosphoramides et carbamates hétérocycliques anticholinestérasiques Sélénium et ses dérivés minéraux		21F
14			13B	
32				
34			11B	
75				
Insuffisance respiratoire aiguë	Poussières minérales contenant de la silice libre Amiante		22	
		30A		
Syndrome bronchique récidivant	Syndrome bronchique récidivant	Isocyanates organiques	62	43
	Syndrome respiratoire avec dyspnée, toux, expectoration, récidivant Syndrome respiratoire irritatif à type de toux et de dyspnée récidivant après nouvelle exposition au risque	Poussières de bois Poussières de carbures métalliques frittés ou fondus contenant du cobalt	47A 70 bis	
Asthme et rhinite	Asthme objectivé par exploration fonctionnelle respiratoire récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmé par test ; rhinite récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmée par test	Nombreux agents étiologiques (incluant notamment protéines en aérosol, farine, colophane, glutaraldéhyde, persulfates, cyano-acrylates, ammoniums quaternaires...)	66	45A
		Acide chromique, chromates et bichromates alcalines	10 bis	
		Amines aromatiques, sels et dérivés	15 bis	
		Oxydes et sels de nickel	37 bis	
		Bêtalactamines et céphalosporines	41	45A
		Aldéhyde formique et ses polymères	43	28, 45A
		Poussières de bois	47A	36B, 45A
		Amines aliphatiques, éthanolamines, isophoronédiamine	49 bis	
		Phénylhydrazine	50	
		Isocyanates	62	43, 45A
		Enzymes	63	
		Cobalt et ses composés	70	
		Furfural et alcool furfurylique	74	
		Méthacrylate de méthyle	82	
Protéines du latex (ou caoutchouc naturel)	95			

Tableau I. (suite)

Groupes de pathologies	Libellé des affections prises en charge	Agents étiologiques et activités responsables	Tableau RG	Tableau RA
BPCO	Manifestations respiratoires chronique avec altération des explorations fonctionnelles respiratoires survenant après rhinite, asthme, conjonctivite ou lésions eczématiformes récidivantes	Méthacrylate de méthyle	82	
	BPCO consécutive à des épisodes respiratoires obstructifs aigus (avec VEMS abaissé d'au moins 40 % par rapport à la valeur moyenne théorique)	Poussières textiles végétales	90B	54B
	BPCO (avec VEMS abaissé d'au moins 30 % par rapport à la valeur moyenne théorique, en dehors de tout épisode aigu)	Travaux au fond des mines de charbon	91	
	BPCO (avec VEMS abaissé d'au moins 30 % par rapport à la valeur moyenne théorique, en dehors de tout épisode aigu)	Travaux au fond dans les mines de fer	94	
Emphysème	Emphysème (associé à la sidérose)	Poussières minérales ou fumées contenant fer ou oxyde de fer	44	
	Emphysème	Travail au fond dans les mines de fer	44 bis	
Pneumopathie d'hypersensibilité	Pneumopathie d'hypersensibilité aiguë, subaiguë ou chronique	Poussières de bois (manipulation, traitement, usinage)	47A	36B, 45B
		Isocyanates organiques (aiguë, subaiguë ou chronique)	62	43
		Nombreux agents étiologiques (y compris poussières de bois...)	66 bis	45B
Pneumoconioses et fibroses pulmonaires	Silicose aiguë	Poussières minérales contenant de la silice cristalline (silice libre : RA)	25A1	22
	Silicose chronique et complications		25A2	22
	Kaolinose, talcose, graphitose	Silicates cristallins (kaolin, talc) ou graphite	25B	22
	Pneumoconiose du houilleur	Poussières de houille	25C1	
	Fibrose interstitielle diffuse, d'apparence primitive	Poussières de houille	25C2	
	Asbestose	Amiante	30A	47A
	Béryllose (fibrose pulmonaire diffuse)	Béryllium et ses composés	33	
	Sidérose	Poussières minérales ou fumées contenant fer ou oxyde de fer	44	
	Fibrose pulmonaire avec signes immunologiques significatifs	Manifestation ou emploi professionnel habituel de tous produits		45C
	Fibrose pulmonaire avec signes immunologiques significatifs	Poussières de bois	47A	36B, 45C
	Fibrose pulmonaire avec anticorps précipitants ou lymphocytose alvéolaire	Nombreux agents étiologiques	66 bis	
	Fibrose pulmonaire diffuse	Carbures métalliques frittés ou fondus contenant du cobalt	70 bis	
	Stibiose	Antimoine et ses dérivés	73	
Pathologie pleurale bénigne	Fibroses pleurales (plaques pleurales (et péricardiques), épaississements de la plèvre viscérale)	Amiante	30B	47B
Pathologie pleurale bénigne	Pleurésie : Pleurésie exsudative	Amiante	30B	47B
		Brucella (contacts avec caprins, ovins, bovins, porcins, avec leurs produits ou déjections) ; travaux de laboratoire	24	6
	Brucellose chronique : pleurésie sérofibrineuse ou purulente	<i>Mycobacterium africanum, bovis, tuberculosis</i> : travaux de laboratoires de bactériologie, travaux effectués par le personnel de soins et assimilé, de laboratoire, d'entretien, de service ou des services sociaux mettant le personnel au contact de produits contaminés ou de malades dont les examens bactériologiques ont été positifs	40B	
Tuberculose pleurale	<i>Mycobacterium bovis</i> : travaux exposant au contact d'animaux susceptibles d'être porteurs de bacilles bovins ou exécutés dans des installations où ont séjourné de tels animaux	40A	16A	

Tableau I. (suite)

Groupes de pathologies	Libellé des affections prises en charge	Agents étiologiques et activités responsables	Tableau RG	Tableau RA
Pathologie pleurale bénigne	Pleurésie : Complication d'une silicose	<i>Mycobacterium africanum, bovis, tuberculosis ; Mycobacterium avium intracellulare, kansasii, xenopi</i> (mycobactéries atypiques sans plus de précision pour le RA)	25A2	22
	Complication d'une pneumoconiose du houilleur	<i>Mycobacterium africanum, bovis, tuberculosis ; Mycobacterium avium intracellulare, kansasii, xenopi</i>	25C1	
	Complication d'une fibrose interstitielle pulmonaire du houilleur	<i>Mycobacterium africanum, bovis, tuberculosis ; Mycobacterium avium intracellulare, kansasii, xenopi</i>	25C2	
	Lésions pleuro-pneumoconiotique de type rhumatoïde (syndrome de Caplan-Colinet) : Complication d'une silicose Complication d'une pneumoconiose du houilleur	Silice cristalline (silice libre : RA) Poussières de houille	25A2 25C1	22
	Pneumothorax spontané : Complication d'une silicose Complication d'une pneumoconiose du houilleur Complication d'une fibrose interstitielle pulmonaire du houilleur	Silice cristalline (silice libre : RA) Poussières de houille Poussières de houille	25A2 25C1 25C2	22
	Complication d'une beryllose chronique	Béryllium et ses composés	33	
Complications non infectieuses des pneumoconioses	Insuffisance ventriculaire droite caractérisée	Silice cristalline (silice libre : RA) Poussières de houille	25A2 25C1, 25C2	22
	Nécrose cavitaire aseptique d'une masse pseudo-tumorale Pneumothorax spontané	Silice cristalline (silice libre : RA) Poussières de houille Silice cristalline (silice libre : RA) Poussières de houille	25A2 25C1 25A2 25C1, 25C2 25A2	22 22
	Cancer bronchopulmonaire primitif (avec signes radiocotique) Lésions pleuro-pneumoconiotique de type rhumatoïde (syndrome de Caplan-Colinet) Sclérodémie systémique progressive (même en l'absence de pneumoconiose)	Silice cristalline Silice cristalline (silice libre : RA) Poussières de houille Silice cristalline (silice libre : RA)	25A2 25C1 25A3	22 22bis
	Association d'une pneumoconiose avec une sclérodémie systémique progressive (syndrome d'Erasmus)	Silice libre		22
	Insuffisance respiratoire aiguë nécessitant des soins intensifs en milieu spécialisé	Silice libre		22
	Complications infectieuses des pneumoconioses	Tuberculose et autre mycobactériose (<i>Mycobacterium xenopi, avium intracellulare, kansasii ;</i> sans précision dans le RA) surajoutée et caractérisée :		
Complication d'une silicose Complication d'une pneumoconiose du houilleur		Silice cristalline (silice libre : RA) Poussières de houille	25A2 25C1	22
Complication d'une fibrose interstitielle pulmonaire du houilleur		Poussières de houille	25C2	
Aspergillome intra-cavitaire confirmé par la sérologie :				
Complication d'une silicose Complication d'une pneumoconiose du houilleur		Silice cristalline (silice libre : RA) Poussières de houille	25A2 25C1	22
Surinfection ou suppuration bactérienne bronchopulmonaire, subaiguë ou chronique : Complication d'une silicose Complication d'une pneumoconiose du houilleur		Silice cristalline (silice libre : RA) Poussières de houille	25A2 25C1	22
Maladies infectieuses	Infection compliquant une fibrose pulmonaire diffuse	Carbures métalliques frittés ou fondus contenant du cobalt	70 bis	
	Tétanos professionnel (en dehors des cas consécutifs à un accident de travail)	<i>Clostridium tetani</i> : travaux effectués dans les égouts (RA : travaux agricoles, contact avec les animaux domestiques, leurs dépouilles ou déjections)	7	1

Tableau I. (suite)

Groupes de pathologies	Libellé des affections prises en charge	Agents étiologiques et activités responsables	Tableau RG	Tableau RA
Maladies infectieuses	Charbon pulmonaire	Travaux susceptibles de mettre les ouvriers en contact avec des animaux atteints d'infection charbonneuse, leur cadavre, leurs souillures et déjection	18	4
	Toute manifestation clinique de leptospirose (possibilité de manifestations pleuro-pulmonaires)	<i>Leptospira interrogans</i> : travaux exposant au contact d'animaux susceptibles d'être porteurs de germes, et effectués notamment au contact d'eau ou dans des lieux humides susceptibles d'être souillés par les déjections de ces animaux	19A	5
	Brucellose subaiguë : bronchite, pneumopathie	Brucella : contacts avec caprins, ovins, bovins, porcins, avec leurs produits ou déjections ; travaux de laboratoire exposant	24	6
	Brucellose chronique : bronchite, pneumopathie, pleurésie sérofibrineuse ou purulente	Brucella : contacts avec caprins, ovins, bovins, porcins, avec leurs produits ou déjections ; travaux de laboratoire exposant	24	6
	Affections dues à <i>Mycobacterium bovis</i> : tuberculose cutanée ou sous-cutanée, ganglionnaire, synovite, ostéo-arthrite, autres localisations	<i>Mycobacterium bovis</i> : travaux exposant au contact d'animaux susceptibles d'être porteurs de bacilles bovins ou exécutés dans des installations où ont séjourné de tels animaux	40A	16A
	Tuberculose pulmonaire ou pleurale, tuberculose extra-thoracique, primo-infection	<i>Mycobacterium africanum, bovis, tuberculosis</i> : travaux de laboratoires de bactériologie, travaux effectués par le personnel de soins et assimilé, de laboratoire, d'entretien, de service ou des services sociaux mettant le personnel au contact de produits contaminés ou de malades dont les examens bactériologiques ont été positifs	40B	
	Pneumonies chroniques dues à <i>Mycobacterium avium intracellulare, kansasii, xenopi</i>	<i>Mycobacterium avium intracellulare, kansasii, xenopi</i> : travaux de laboratoires de bactériologie, travaux effectués par le personnel de soins et assimilé, de laboratoire, d'entretien, de service ou des services sociaux mettant le personnel au contact de produits contaminés ou de malades dont les examens bactériologiques ont été positifs	40C	
	Fièvre Q (possibilité de pneumopathie aiguë)	Travaux exposant au contact avec bovins, caprins, ovins, avec leurs viscères ou déjections, travaux de laboratoire exposant	53B	49B
	Toutes manifestations de la poliomyélite antérieure aiguë (donc théoriquement l'insuffisance respiratoire aiguë par paralysie des muscles respiratoires)	Travaux exposant au contact avec des malades atteints de poliomyélite antérieure aiguë, travaux mettant en contact avec le matériel ou le linge utilisés dans les services où sont effectués les travaux ci-dessus	54	38
	Manifestations aiguës de l'amibiase (possibilité de manifestations pleuro-pulmonaires)	Travaux mettant en contact avec des produits pathologiques	55	
	Tularémie (forme pulmonaire)	<i>Francisella tularensis</i> : travaux de gardes-chasse et gardes-forestier exposant au contact des léporidés sauvages, travaux d'élevage, abattage, transport, manipulation et vente, et travaux de laboratoire, exposant au contact des léporidés et petits rongeurs	68	7
	Infections dues aux staphylocoques : atteinte viscérale	Tous travaux effectués par le personnel de soins et assimilé, de laboratoire, de service, d'entretien ou de services sociaux mettant au contact d'un réservoir de staphylocoques	76A	
	Infections dues aux <i>Pseudomonas aeruginosa</i> : localisations viscérales, cutanéomuqueuses	Tous travaux effectués par le personnel de soins et assimilé, de laboratoire, de service, d'entretien ou de services sociaux mettant au contact d'un réservoir <i>Pseudomonas aeruginosa</i>	76B	
	Infections dues aux pneumocoques : pneumonie, broncho-pneumonie	Tous travaux effectués par le personnel de soins et assimilé, de laboratoire, de service, d'entretien ou de services sociaux mettant au contact d'un réservoir de pneumocoques	76D	
Infections dues aux streptocoques bêta-hémolytiques : broncho-pneumonie	Tous travaux effectués par le personnel de soins et assimilé, de laboratoire, de service, d'entretien ou de services sociaux mettant au contact d'un réservoir de streptocoques bêta-hémolytiques	76E		

Tableau I. (suite)

Groupes de pathologies	Libellé des affections prises en charge	Agents étiologiques et activités responsables	Tableau RG	Tableau RA
Maladies infectieuses	Fièvres typhoïde et paratyphoïde A et B (possibilité de manifestations pulmonaires)	Tous travaux effectués par le personnel de soins et assimilé, de laboratoire, de service, d'entretien ou de services sociaux mettant au contact d'un réservoir de salmonelles	76G	
	Fièvres hémorragiques : Lassa, Ebola, Marburg, Congo-Crimée (possibilité de manifestations pulmonaires)	Tous travaux effectués par le personnel de soins et assimilé, les autres personnels du service d'hospitalisation et le personnel de laboratoire de virologie mettant au contact des virus	76J	
	Varicelle (pneumopathie spécifique, complication de la phase aiguë)	Tous travaux effectués par le personnel de soins et assimilé, de service, d'entretien ou de services sociaux, mettant en contact avec des malades présentant une varicelle ou un zona	76M	
	Pasteurelloses (possibilité de manifestations pulmonaires)	Travaux de soins, d'abattage, d'équarrissage ou de laboratoire exposant à l'inoculation de germes à partir d'animaux	86	50
	Ornithose-psittacose (RG), ornithose (RA) (pneumopathie aiguë)	<i>Chlamydia psittaci</i> : travaux exposant au contact avec des oiseaux, des volailles ou leurs déjections, travaux de laboratoire comportant leur manipulation ; travaux dans les élevages d'ovins (RA)	87	52
	Infections professionnelles à <i>Streptococcus suis</i> (pneumonie)	<i>Streptococcus suis</i> : travaux exposant au contact de porcs, de leur viande, carcasses, os, abats ou sang	92	55
	Fièvres hémorragiques avec syndrome rénal dues aux agents infectieux du groupe hantavirus (possibilité de manifestations pulmonaires)	Tous travaux effectués par le personnel de soins et assimilé, et le personnel de laboratoire, susceptibles de mettre en contact avec le virus ; tous travaux exposant au contact de rongeurs susceptibles de porter ces germes ou de leurs déjections	96	56
Insuffisance respiratoire	Liée à une granulomatose pulmonaire ou à une pneumopathie lipidique exogène	Paraffinage, brouillards d'huile minérale	36C	25
Insuffisance respiratoire chronique	Complicant une fibrose interstitielle diffuse non régressive d'apparence primitive	Poussières de houille	25C	
Insuffisance respiratoire chronique obstructive	Affections respiratoires professionnelles de mécanisme allergique	Manipulation ou emploi habituel, dans l'exercice de la profession, de tous produits		45D
	Secondaire à la maladie asthmatique	Multiplés agents	66	
Cancers	Secondaire à la maladie asthmatique	Cobalt et ses composés	70	
	Mésotéliome malin primitif pleural (péritonéal, péricardique)	Amiante	30D	47D
	Autres tumeurs pleurales primitives		30E	47E
	Cancer bronchopulmonaire primitif	Tous travaux exposant à l'action de rayons X ou des substances radioactives naturelles ou artificielles, ou à toute autre source d'émission corpusculaire (cancer bronchopulmonaire primitif par inhalation)	6	20
		Acide chromique, chromates et bichromates alcalins et alcalino-terreux, chromate de zinc	10 ter	
		Hydrocarbures aromatiques polycycliques, dérivés de la houille (goudrons de houille, huiles et brais de houille, suies de combustion du charbon)	16 bis	35 bis
		Poussières ou vapeurs arsenicales	20 bis	10D
		Poussières ou vapeurs renfermant des arsenopyrites aurifères	20 ter	
		Silice cristalline (avec signes radiologiques ou lésions de nature silicotique)	25A2	
		Amiante (complicant asbestose et lésions pleurales bénignes des § A et B du tableau n° 30)	30C	47C
		Amiante (sans asbestose ou lésions pleurales bénignes)	30 bis	47 bis
		Grillage des mattes de nickel	37 ter	
		Travaux au fond des mines de fer	44 bis	
		Cadmium	61 bis	
		Poussières de cobalt associées au carbure de tungstène avant frittage	70 ter	
		Bischlorométhyléther	81	

Chaque tableau porte un titre qui reprend l'intitulé de l'affection ou de l'agent causal, et un numéro qui est fonction de sa date de parution au Journal Officiel [5].

Chaque tableau est divisé en trois colonnes (*tableau II*).

- La colonne de gauche précise la nature de la maladie. Ce diagnostic est limitatif et devra parfois être confirmé par des examens complémentaires, par exemple dans le tableau 30 du régime général (TRG) concernant l'amiante, les plaques pleurales doivent être confirmées par un examen tomographique, dans les tableaux concernés les asthmes doivent être prouvés par EFR...

- La colonne du milieu précise le délai de prise en charge, c'est-à-dire le délai maximal entre la cessation d'exposition au risque et la première constatation médicale de la maladie pour que la présomption d'origine puisse s'appliquer. Ce délai est variable selon les nuisances et les affections.

Quelques tableaux prévoient également dans cette colonne, une durée minimale d'exposition, c'est-à-dire la durée d'exposition à la nuisance au-dessous de laquelle la reconnaissance par présomption d'origine est impossible. Par exemple, le cancer bronchopulmonaire primitif ne peut être reconnu dans le TRG 30 bis par présomption d'origine que pour des durées d'exposition à l'amiante de plus de 10 ans.

Un seul tableau mentionne une latence minimale d'apparition : un cancer bronchique ne peut être rattaché par présomption d'origine à une exposition au cadmium que s'il survient plus de 20 ans après le début de l'exposition (TRG 61 bis).

- La colonne de droite liste les travaux susceptibles de provoquer l'affection. Selon les tableaux, cette liste peut être limitative : seuls les travailleurs affectés à ces travaux pourront bénéficier de la présomption d'origine. Cette liste peut n'être qu'indicative, c'est-à-dire que tout travail avec exposition habituelle peut être pris en considération, même s'il n'est pas inscrit sur cette liste.

Après validation du diagnostic par le médecin-conseil et lorsque l'exposition habituelle est prouvée par l'enquête diligentée par les services administratifs de la caisse de Sécurité sociale, toute affection qui répond aux conditions médicales et administratives mentionnées au sein de ces tableaux, est automatiquement reconnue comme professionnelle par présomption d'origine, quelle que soit sa gravité et même en présence de facteurs étiologiques non professionnels associés.

Le système complémentaire de reconnaissance des MP

Le système complémentaire de réparation, introduit par la Loi du 27 janvier 1993 dans les alinéas 3 et 4, permet aux salariés la reconnaissance d'affections qui ne remplissent pas les critères de la présomption d'origine. L'origine professionnelle de l'affection est déterminée par le Comité de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP). Ce Comité évalue tous les éléments permettant d'étayer la relation entre l'exposition professionnelle du patient (nature, durée, intensité...) et la survenue de l'affection (nature de la maladie, délais écoulés depuis le début et la fin de l'exposition, étiologies non professionnelles, arguments expérimentaux et épidémiologiques...). La présomption d'origine ne jouant plus, il s'agit d'une logique de preuve. Les décisions du Comité s'imposent aux caisses.

- Reconnaissance au titre de l'alinéa 3 : lorsque l'affection est décrite dans un des tableaux de MP, mais que certains critères administratifs ne sont pas respectés (délai de prise en charge dépassé, durée minimale d'exposition insuffisante, latence minimale d'apparition non respectée, métier ne figurant pas dans la liste limitative du tableau), le dossier est automatiquement transmis par la caisse de Sécurité Sociale au CRRMP. Ce Comité doit définir si l'affection est *directement* liée à l'activité professionnelle habituelle du patient.

- Reconnaissance au titre de l'alinéa 4 : si aucun tableau ne mentionne l'affection du patient, le CRRMP n'est saisi

Tableau II.

TRG 30 bis – Cancer bronchopulmonaire provoqué par l'inhalation de poussières d'amiante.

Date de création : décret du 22 mai 1996		Dernière mise à jour : décret du 14 avril 2000
Désignation de la maladie	Délai de prise en charge	Liste limitative des travaux susceptibles de provoquer cette maladie
Cancer bronchopulmonaire primitif	40 ans (sous réserve d'une durée d'exposition de 10 ans)	Travaux directement associés à la production des matériaux contenant de l'amiante. Travaux nécessitant l'utilisation d'amiante en vrac. Travaux d'isolation utilisant des matériaux contenant de l'amiante. Travaux de retrait d'amiante. Travaux de pose et de dépose de matériaux isolants à base d'amiante. Travaux de construction et de réparation navale. Travaux d'usinage, de découpe et de ponçage de matériaux contenant de l'amiante. Fabrication de matériels de friction contenant de l'amiante. Travaux d'entretien ou de maintenance effectués sur des équipements contenant des matériaux à base d'amiante.

qu'en cas d'affection grave ayant entraîné le décès ou dont le taux prévisible d'Incapacité permanente (IP) est supérieur ou égal à 25 %. Il doit définir si l'affection est directement et essentiellement liée à l'activité professionnelle du patient.

Cas particulier des pneumoconioses et affections assimilées dans le régime général

Des dispositions spéciales ont été mises en place, de longue date, pour les pneumoconioses et les autres affections assimilées mentionnées dans les sept tableaux suivants du régime général :

- Tableau n° 25 : Affections consécutives à l'inhalation de poussières minérales renfermant de la silice cristalline (quartz, cristobalite, tridymite), des silicates alcalins (kaolin, talc), du graphite ou de la houille.
- Tableau n° 30 : Affections professionnelles consécutives à l'inhalation de poussières d'amiante.
- Tableau n° 30 bis : Cancer bronchopulmonaire provoqué par l'inhalation de poussières d'amiante.
- Tableau n° 44 : Affections consécutives à l'inhalation de poussières minérales ou de fumées contenant des particules de fer ou d'oxyde de fer.
- Tableau n° 44 bis : Affections consécutives au travail au fond dans les mines de fer.
- Tableau n° 91 : Bronchopneumopathie chronique obstructive du mineur de charbon.
- Tableau n° 94 : Bronchopneumopathie chronique obstructive du mineur de fer.

Les particularités des « affections respiratoires à réparation spéciale » du régime général ont été simplifiées par le décret du 31 août 1999. Comme pour l'ensemble des maladies professionnelles, la déclaration est effectuée par le patient lui-même à sa CPAM.

Ensuite, le médecin-conseil « détermine s'il y a lieu de solliciter l'avis d'un médecin spécialiste ou compétent en pneumologie ou en médecine du travail possédant des connaissances particulières dans le domaine des pneumoconioses ». Cet avis peut porter sur le diagnostic et la date de première constatation, mais pas sur le lien entre exposition et affection.

La procédure de reconnaissance est donc en grande partie alignée sur celle des autres maladies professionnelles.

Enfin, l'article 40 de la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 1999 a permis la réouverture des droits aux prestations et indemnités des personnes atteintes d'une des maladies consécutives à l'inhalation de poussières d'amiante, si la première constatation médicale de la maladie a eu lieu entre le 1^{er} janvier 1947 et le 29 décembre 1998 ; l'article 49-II de la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2002 a supprimé tout délai pour la formulation d'une demande d'indemnisation pour ces dossiers (charte des MP) [16].

Le régime agricole de la Sécurité Sociale comporte certaines spécificités

En particulier, l'assurance (obligatoire) accidents du travail des exploitants agricoles (Atexa) permet la prise en charge des risques « accident du travail » et « maladie profes-

sionnelle » des chefs d'exploitations ou d'entreprises agricoles, des membres non salariés de sociétés et des conjoints collaborateurs d'exploitation. Une rente n'est servie qu'à partir de 30 % d'incapacité de travail pour le chef d'exploitation, d'entreprise et assimilé (mais à partir de 10 % pour les salariés agricoles) [17]. Par ailleurs, les équipes de la SST (Santé-Sécurité au Travail) sont constituées de médecins du travail et de conseillers en prévention qui œuvrent en synergie pour améliorer les conditions de travail des actifs agricoles et pour diminuer le nombre d'accidents ou maladies liés à l'activité professionnelle : la médecine du travail est assurée par la Mutualité Sociale Agricole, organisme de protection sociale des exploitants et des salariés agricoles.

Salariés de la Fonction Publique

Avec quelques particularités, les principes précédents et les tableaux du régime général s'appliquent à la fonction publique. La reconnaissance d'une affection contractée en service sera déterminée par la Commission de Réforme, celle-ci se prononçant sur l'imputabilité, en se référant généralement aux tableaux de maladies professionnelles, même si les textes régissant les employés de la fonction publique n'y font pas explicitement référence.

Travailleurs indépendants

Les artisans, les commerçants, les personnes exerçant une activité libérale ne peuvent pas bénéficier de la reconnaissance en MP indemnisable par leur régime de couverture sociale, sauf dans trois circonstances :

- le travailleur indépendant est couvert pour ce risque par une assurance complémentaire, volontairement souscrite vis-à-vis du risque Accidents du travail – Maladies professionnelles (AT-MP) auprès du régime de Sécurité Sociale (assurance volontaire) ou d'un assureur privé ;
- la maladie résulte d'une exposition survenue lors d'un précédent emploi salarié ;
- la maladie est secondaire à l'inhalation de fibres d'amiante. Cette affection peut être réparée intégralement par le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) (voir infra).

• Le pneumologue doit dépister une origine professionnelle éventuelle et conseiller son patient dans les démarches médico-administratives.

• La déclaration d'une MP est effectuée par le patient lui-même auprès de son organisme couvrant le risque Accident du travail/Maladie professionnelle.

• Il faut vérifier si l'affection est mentionnée dans un « tableau » de maladie indemnisable et si tous les critères médicaux sont remplis.

• Toute affection qui répond aux conditions médicales et administratives mentionnées dans les tableaux

est automatiquement reconnue comme professionnelle par présomption d'origine.

- **Un système complémentaire de réparation permet la reconnaissance d'affections qui ne remplissent pas les critères de la présomption d'origine.**
- **Le régime agricole de la Sécurité Sociale comporte certaines spécificités, en particulier, l'assurance (obligatoire) accidents du travail des exploitants agricoles.**
- **Pour les salariés de la Fonction Publique, les principes précédents et les tableaux du régime général restent valables, mais la reconnaissance d'une affection contractée en service sera déterminée par la Commission de Réforme.**
- **Les artisans, les commerçants, les personnes exerçant une activité libérale ne peuvent pas bénéficier de la reconnaissance en MP indemnisable sauf dans trois circonstances : assurance complémentaire, maladie contractée au cours d'un emploi salarié antérieur, maladie due à l'amiante.**

La réparation

Faire reconnaître le caractère professionnel d'une maladie a un intérêt réel pour la victime et sa famille. Comme pour les accidents du travail, celui-ci permet une meilleure prise en charge que celle proposée dans le cadre de l'assurance-maladie.

La reconnaissance en maladie professionnelle entraîne l'imputation financière de l'ensemble des frais inhérents à la prise en charge de la maladie à la branche AT-MP de la Sécurité Sociale, dont le financement est à la charge des employeurs.

Indemnisation par la CPAM

La caisse dispose d'un délai d'instruction de 3 mois pour se prononcer sur la reconnaissance d'une maladie professionnelle. Si elle n'est pas en mesure de se prononcer dans ce délai, elle doit informer l'assuré et l'employeur du recours au délai complémentaire de 3 mois. À défaut de décision dans les délais prévus, le caractère professionnel de la maladie est considéré comme établi à l'égard de la victime et de l'employeur. La victime en bénéficie pendant toute la durée de l'arrêt de travail ou du traitement motivé par la maladie.

Les frais nécessités par le traitement, la réadaptation fonctionnelle et le reclassement de la victime sont pris en charge à 100 % au titre de la MP. Ces prestations sont accordées, qu'il y ait ou non interruption de travail, si elles sont imputables à la maladie et sont nécessaires pour éviter la rechute ou l'aggravation des séquelles. Elles ne sont pas limitées dans le temps et peuvent être prises en charge aussi bien avant qu'après la consolidation. Un accord est nécessaire entre le médecin conseil et le médecin traitant sur la nature des soins, l'imprimé

spécifique (pour soins après consolidation) devant être rédigé par le praticien traitant et contresigné par le praticien conseil.

Une indemnité journalière est versée à la victime pendant la période d'incapacité de travail qui précède la guérison ou la consolidation. Elle peut être maintenue en totalité ou en partie en cas de reprise d'un travail à temps partiel autorisé par le médecin traitant si cette reprise est reconnue par le médecin conseil comme de nature à favoriser la guérison ou la consolidation de la maladie. Les indemnités journalières sont versées dès le premier jour d'arrêt sans délai de carence de trois jours, sans distinction entre les jours ouvrables et non ouvrables. Elles sont fixées à 60 % du salaire journalier réel les 28 premiers jours avec un maximum établi, et à 80 % à partir du 29^e jour pour les salariés du régime général. Ces indemnités journalières ne sont pas imposables.

Une indemnisation est versée en cas de séquelles. Celles-ci sont évaluées après consolidation quand l'affection est stabilisée, par référence à un barème. Un taux d'incapacité permanente (IP) est alors fixé par le médecin conseil. Ce taux d'IP peut être réévalué en cas de modification de l'état de santé de la victime soit à l'initiative de la victime, à tout moment dans les deux ans qui suivent la consolidation, puis à des intervalles d'un an au moins, soit à l'initiative de la CPAM, à des intervalles de 3 mois au cours des 2 premières années, puis d'un an.

- Si l'IP est inférieure à 10 %, une indemnité en capital est attribuée à la victime. Le montant est fonction du taux d'incapacité de la victime.

- Si l'IP est supérieure ou égale à 10 %, une rente est versée. Elle est égale au salaire brut annuel de la victime (limité à un plafond) multiplié par le taux d'IP préalablement réduit de moitié pour la part ne dépassant pas 50 %, et augmenté de moitié pour la part qui excède 50 %. À titre d'exemples, pour un taux d'IP de 30 %, la rente se montera à 15 % du salaire brut, pour un taux d'IP de 70 %, elle se montera à 55 % du salaire brut ($50\%/2 + 20\% \times 1,5$).

Cette rente peut être majorée dans certaines conditions (assistance d'une tierce personne) et des droits connexes peuvent être ouverts en cas d'IP supérieure ou égale à 40 % (octroi d'une demi-part supplémentaire pour le calcul de l'impôt sur le revenu) ou 67 % (exonération du ticket modérateur pour les ayants droit).

Les affections graves évolutives (cancer bronchopulmonaire, mésothéliome...) peuvent être consolidées, en concertation avec le médecin traitant, lorsque la victime ne perçoit pas d'indemnités journalières (en particulier les retraités), à la date du certificat médical initial, et 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 » ; en ce qui concerne les fibroses (silicose, asbestose, plaques pleurales, épaississements pleuraux), il est admis qu'elles peuvent être consolidées à la date du certificat médical initial en l'absence de complications évolutives en cours (charte des MP) [16].

- **Les frais médicaux liés à la MP sont pris en charge à 100 %.**
- **Une indemnité journalière est versée à la victime pendant la période d'incapacité de travail qui précède la guérison ou la consolidation.**
- **Une indemnisation est versée en cas de séquelles qui sont évaluées après consolidation quand l'affection est stabilisée, par référence à un barème. Un taux d'incapacité permanente (IP) est alors fixé par le médecin conseil.**

Décès imputé à une maladie professionnelle reconnue

Un certificat médical établissant un lien entre la maladie professionnelle et le décès doit être rédigé par le pneumologue ou le médecin traitant. Une rente peut être reversée aux ayants droit : conjoint, descendants âgés de moins de 25 ans, et ascendants.

Faute inexcusable

Lorsque la MP est due à une faute inexcusable de l'employeur, la victime ou ses ayants droit reçoivent une majoration des indemnités qui leur sont dues. Cette décision revient au Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale (TASS).

Conséquences sur l'emploi

La reconnaissance d'une MP n'entraîne pas obligatoirement une inaptitude. Si une reprise d'activité professionnelle est envisagée alors que des séquelles peuvent remettre en cause l'aptitude, le patient (ou son médecin traitant ou le médecin-conseil) doit demander à bénéficier d'une visite de médecine du travail dite de préreprise, alors même qu'il est en arrêt de travail. À l'occasion de celle-ci, le médecin du travail apprécie les aptitudes résiduelles du salarié, propose tout aménagement de poste ou de temps de travail qu'il juge nécessaire, voire impose un reclassement.

Lorsqu'une inaptitude professionnelle est prononcée, en cas d'impossibilité d'aménagement de poste ou de reclassement dans l'entreprise, le salarié est licencié avec des indemnités de licenciement doublées par rapport à un licenciement pour inaptitude médicale non consécutive à une maladie professionnelle. Ces indemnités ne couvrent pas les conséquences de certaines maladies professionnelles. Ainsi, certains sujets atteints d'asthme professionnel subissent d'importants préjudices non réparés à ce jour [3, 18].

D'autre part, une reconnaissance du statut de travailleur handicapé peut être obtenue pour un taux d'IP au moins égal à 10 %.

Maladie à caractère professionnel

La maladie à caractère professionnel (MCP) est une notion qui a été introduite pour recenser des affections qui ne rentraient pas dans le cadre des tableaux de maladie professionnelle en vue de faire progresser ces derniers (article

L. 461-6). Mais la déclaration en MCP n'entraîne aucun avantage particulier pour la victime, aucune protection de son emploi, et si un tableau est créé, toutes les démarches de déclaration en maladie professionnelle doivent être effectuées.

- **En cas de décès, une rente peut être reversée aux ayants droit : conjoint, descendants âgés de moins de 25 ans, et ascendants.**
- **Un taux d'IP au moins égal à 10 % peut motiver une reconnaissance du statut de travailleur handicapé.**

La déclaration en maladie professionnelle en pratique

Le salarié fait parvenir contre récépissé à la CPAM le formulaire de déclaration en maladie professionnelle rempli, le CMI certifiant le diagnostic médical et indiquant la date de première constatation de la maladie et si possible le tableau des maladies professionnelles concerné, une copie des certificats de travail concernant la période incriminée, d'éventuels témoignages de l'exposition au risque, et une attestation de salaire s'il est en activité professionnelle.

Lorsque le caractère professionnel de l'affection est reconnu, il ne faut pas omettre de faire parvenir à la CPAM le protocole de soins après consolidation rempli.

Des procédures de recours existent en cas de refus de reconnaissance du caractère professionnel de l'affection (respecter le délai maximal de 2 mois pour contester).

Dispositions spécifiques aux maladies induites par l'inhalation de fibres d'amiante

Le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) [19]

La branche accidents de travail-maladies professionnelles de la Sécurité sociale ne permet pas la réparation « intégrale » du préjudice en rapport avec un accident de travail ou une maladie professionnelle indemnifiables, c'est-à-dire la réparation du préjudice patrimonial (frais restés à la charge de l'intéressé, pertes de salaires ou de revenus qui auraient été perçus en l'absence de maladie...), mais aussi du préjudice extrapatrimonial (souffrances, préjudice esthétique, préjudice d'agrément...); en effet, les modalités de l'indemnisation du préjudice subi sont les résultats de négociations anciennes entre les partenaires sociaux : il s'agit donc d'un consensus social, sur lequel les partenaires sociaux se sont accordés par le passé, la révision des

tableaux de maladies professionnelles procédant de la poursuite de ces négociations sociales. En ce qui concerne la réparation du préjudice en rapport avec les maladies professionnelles secondaires à l'inhalation de fibres d'amiante, l'article n° 53 de la loi de financement de la Sécurité Sociale n° 2000-1254 du 23 décembre 2000 a institué la création du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, établissement public créé pour assurer la réparation intégrale des préjudices subis par les victimes de l'amiante (du fait d'une exposition professionnelle chez les salariés, par l'attribution d'une indemnisation complémentaire à celle octroyée par la Sécurité Sociale, mais aussi du fait d'une exposition professionnelle chez les travailleurs non salariés, ou du fait d'une exposition environnementale, extraprofessionnelle, survenue sur le territoire de la République Française) ; le décret n° 2001-963 du 23 octobre 2001 précise les détails de fonctionnement du fonds. Cette demande de réparation intégrale du préjudice subi ne pouvait être satisfaite en ce qui concerne les maladies professionnelles secondaires à l'inhalation de fibres d'amiante, jusqu'à la création du FIVA, que par l'aboutissement de procédures judiciaires ; la création de ce fonds a donc permis la réparation d'injustices, en permettant d'obtenir de façon moins contraignante une réparation intégrale du préjudice subi par les personnes atteintes d'affections professionnelles (et non professionnelles) secondaires à l'inhalation de fibres d'amiante, mais a de fait contribué à la création d'inégalités par rapport aux personnes atteintes d'autres maladies professionnelles graves (par exemple cancer bronchopulmonaire survenant chez un silicotique)... Le FIVA fonctionne de façon transparente, à titre d'exemples le barème d'indemnisation est consultable sur le site internet du FIVA (www.fiva.fr), et un rapport d'activité est publié chaque année. Le nombre de demandes d'indemnisation enregistrées par le FIVA a continué de connaître une forte croissance entre 2006 et 2007 (25 579 demandes d'indemnisation pour 2007, soit + 33,2 %, dont 18 731, soit 73,2 % (augmentation de 33,3 % par rapport à 2006), concernent les dossiers de 10 771 nouvelles victimes). Pour l'année 2007, 94 % des victimes sont des hommes, 85,7 % de celles-ci, dont l'âge moyen est de 62 ans, ont été reconnues atteintes d'une MP occasionnée par l'amiante. Les maladies indemnisées se répartissaient de la façon suivante : plaques pleurales et fibrose pleurale viscérale 74,1 %, cancer bronchopulmonaire primitif 14,2 %, mésothéliome 7,1 %, asbestose 4,6 %. L'indemnisation servie était depuis le début de l'activité du FIVA en moyenne de 18 777 € pour les plaques pleurales, 19 490 € pour la fibrose pleurale viscérale, 35 427 € pour l'asbestose, 120 121 € pour le cancer bronchopulmonaire primitif, 115 360 € pour le mésothéliome, ce qui représente un total de 1,643 milliard d'euros depuis le début d'activité du FIVA, dont 318 millions d'euros au titre de l'année 2007 [20].

En pratique, lorsqu'une maladie en rapport avec une exposition à l'amiante est diagnostiquée, l'intéressé est en droit de déposer une demande d'indemnisation auprès du FIVA : un imprimé spécifique, téléchargeable sur le site du FIVA, permet d'indiquer :

- si l'affection a été reconnue au titre des maladies professionnelles ;
- si elle figure sur la liste des maladies dont le constat « vaut justification de l'exposition à l'amiante » (arrêté du 5 mai 2002 : mésothéliome malin primitif de la plèvre, du péricarde, du péricarde et autres tumeurs pleurales primitives ; plaques calcifiées ou non, péricardiques ou pleurales, unilatérales ou bilatérales, lorsqu'elles sont confirmées par un examen tomographique), auquel cas doit être joint un certificat médical établi par un médecin spécialiste ou compétent en pneumologie ou en oncologie ;
- ou bien si la responsabilité d'une exposition à l'amiante est seulement suspectée. Dans ce cas, l'avis de la commission d'évaluation des circonstances d'exposition à l'amiante est sollicité.

Si la personne est décédée, ses ayants droit peuvent obtenir une indemnisation, au titre de l'action successorale mais aussi au titre du préjudice moral : la demande d'indemnisation doit être accompagnée d'un imprimé spécifique téléchargeable et renseignant les mêmes données médicales. À noter qu'une prescription quadriennale s'applique théoriquement à dater du 1^{er} janvier 2008 ; il n'est plus possible à cette date de déposer une demande d'indemnisation pour les dossiers dont le point de départ du délai - la consolidation ou le décès - est antérieur au 1^{er} janvier 2004.

L'offre d'indemnisation doit intervenir dans un délai maximal de six mois à compter de la date à laquelle le fonds a reçu une demande complète d'indemnisation. Une provision, avance sur l'indemnisation définitive (qui n'est pas imposable), peut être octroyée. À la suite d'une demande auprès du fonds, si une maladie professionnelle est suspectée, le fonds peut se substituer à la victime pour effectuer la déclaration et les démarches auprès de l'organisme de protection sociale en vue d'une reconnaissance en maladie professionnelle. Le délai est alors suspendu jusqu'à la date de la décision de l'organisme de protection sociale, qui doit rendre sa décision dans un délai de trois mois renouvelable éventuellement une fois ; faute de décision dans ce délai, le fonds dispose d'un délai de trois mois supplémentaires pour statuer. Si l'offre est acceptée, le fonds adresse le règlement au plus tard deux mois après réception de l'accord. L'acceptation empêche toute action judiciaire en réparation pour le même préjudice. En cas de contestation, les patients disposent d'un délai de deux mois pour introduire une action en justice auprès de la cour d'appel du domicile. Si une aggravation de l'état de santé survient au fil du temps, une indemnisation complémentaire peut enfin être demandée.

Le FIVA en pratique

Adresser au FIVA (Tour Galliéni II – 36 avenue du général de Gaulle 93175 Bagnolet cedex) une demande d'indemnisation avec l'imprimé obtenu sur le site internet (www.fiva.fr) ou par téléphone (0800 500 200), imprimé « victime » ou « ayant droit » selon le cas, accompagné des documents suivants en fonction des affections concernées (une demande de récépissé du dossier est conseillée) :

1 – Maladie professionnelle reconnue au titre des tableaux n° 30 et 30 bis des maladies professionnelles du régime général de la Sécurité Sociale : joindre une copie de la décision de la Sécurité Sociale.

2 – Maladie dont le constat « vaut justification » de l'exposition à l'amiante : joindre un certificat médical établi par un médecin spécialiste ou compétent en pneumologie ou en oncologie.

3 – Maladie non concernée par les deux précédents alinéas mais pour laquelle la responsabilité de l'exposition à l'amiante est suspectée : joindre un certificat médical attestant de l'existence de la maladie et tous documents de nature à établir la réalité de l'exposition à l'amiante.

Pour les maladies citées aux alinéas 2 et 3, remplir le questionnaire concernant l'exposition à l'amiante, dans tous les cas fournir une copie d'une pièce officielle d'identité en cours de validité.

La cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante

Une allocation pour cessation anticipée d'activité peut être obtenue à partir de l'âge de 50 ans par les salariés du secteur privé (cette disposition ne s'applique pas aux agents du service public sauf à certains ouvriers de l'État relevant du ministère de la défense) dans deux circonstances (loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 [21], décret n° 99-247 du 29 mars 1999 [22], décret n° 2000-638 du 7 juillet 2000 [23], arrêté du 3 décembre 2001 [24], décret n° 2001-1269 du 21 décembre 2001 [25], arrêté du 3 février 2005 [26]) :

- les patients atteints d'une maladie reconnue en maladie professionnelle secondaire à l'inhalation de fibres d'amiante ;
- les sujets ayant exercé leur activité professionnelle en tant que dockers dans certains ports ou dans certaines entreprises réputées avoir exposé les personnels à l'amiante et dont la liste est publiée par décret au journal officiel de la République Française. Dans ce cas l'anticipation de la cessation d'activité correspond à une année pour trois années d'emploi dans ces entreprises.

L'allocation spécifique est servie jusqu'à la date effective du départ en retraite aux bénéficiaires de cette disposition réglementaire (dans la limite de 65 ans). Le salarié doit démissionner de son emploi. L'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (ACAATA) n'est pas cumulable avec des allocations de chômage ou de préretraite, des avantages de vieillesse, mais un cumul partiel est possible avec une pension

d'invalidité, une pension de réversion ou une pension de retraite d'un régime spécial, l'allocation est alors réduite du montant de l'avantage versé. L'ACAATA est plafonnée, imposable, contrairement à l'indemnité de cessation anticipée d'activité versée par l'employeur au départ du salarié. Elle correspond à 65 % du salaire brut de référence des 12 derniers mois d'activité pour la partie de la rémunération au plus égale au plafond mensuel de la Sécurité Sociale, et à 50 % du salaire de référence pour la fraction comprise entre 1 fois et 2 fois ce plafond. Il faut noter qu'initialement environ seulement 10 % des bénéficiaires de cette disposition réglementaire sont entrés au titre d'une maladie liée à l'amiante et 90 % pour avoir travaillé dans un des établissements listés, donc sans aucune pathologie voire sans aucune exposition [27, 28, 29].

- **Les maladies liées à l'amiante relèvent de dispositions particulières.**
- **Une allocation pour cessation anticipée d'activité peut être obtenue à partir de l'âge de 50 ans par les salariés du secteur privé dans deux circonstances :**
 - **patients atteints d'une maladie reconnue en maladie professionnelle secondaire à l'inhalation de fibres d'amiante ;**
 - **sujets ayant exercé leur activité professionnelle en tant que dockers dans certains ports ou dans certaines entreprises réputées avoir exposé les personnels à l'amiante.**

Discussion

Les accidents du travail (AT) sont « réparés » en France, depuis un siècle. Cette réparation a été étendue aux maladies professionnelles (MP) en 1919 par la création des tableaux de maladie professionnelle qui permettent une reconnaissance avec présomption d'origine, une réparation automatique si les critères sont remplis mais une réparation seulement limitée, forfaitaire. Progressivement, le système de reconnaissance et de réparation a pris en charge les accidents de trajet et de nombreuses maladies. Cette prise en charge s'est améliorée par des ajouts réglementaires successifs en France comme dans tous les pays de la Communauté Européenne. L'élargissement des tableaux, l'introduction du système complémentaire de reconnaissance en 1993, l'instauration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), ont été des avancées sociales considérables pour une meilleure réparation. Par rapport aux autres pays, la France peut être assez fière de son système de réparation des maladies professionnelles et des accidents du travail [30]. Ainsi, la Belgique est le seul autre pays au monde à avoir instauré un FIVA depuis le 1^{er} avril 2007. Les conditions de reconnaissance et de réparation sont toutefois différentes.

L'État doit aussi être garant de la cohérence du système de réparation des pathologies professionnelles. Or trois ordres de faits sont à déplorer :

- ces améliorations laissent persister des inégalités importantes en fonction du statut professionnel de la victime (salarié du secteur privé, fonctionnaire, artisan...). En particulier, les artisans restent *de facto* exclus du système, sauf s'ils font la démarche de souscrire une assurance spécifique pour le risque « maladie-professionnelle-accident de travail ». Ils sont même totalement ignorés dans le rapport de la Cour des Comptes [27]. Or ils sont bien souvent exposés aux nuisances d'origine professionnelle plus de 35 heures par semaine, sans bénéficier de surveillance ni de conseil de la part de médecins du travail, sans la possibilité de reconnaissance en maladie professionnelle ;

- des ajouts spécifiques pour certaines pathologies ou pour certains secteurs professionnels permettent de mieux indemniser les dommages. Cependant ces ajouts ont introduit de nouvelles inégalités par rapport aux autres MP qui n'en bénéficient pas ;
- de plus, certains procès récents, médiatisés, contre des entreprises solvables, ont abouti à des indemnisations complémentaires non négligeables (déductions faites des honoraires des avocats).

L'exemple de l'amiante est particulièrement démonstratif. Certes, il s'agit d'une substance cancérigène, qui favorise l'apparition de cancers bronchiques et de mésothéliomes de pronostic redoutable. Mais, ainsi que l'a souligné le rapport de la Cour des Comptes, des dispositions spécifiques ont introduit des inégalités de réparation par rapport aux autres AT/MP [23]. Les avantages accordés aux sujets porteurs de plaques pleurales isolées en sont une illustration. En effet, les plaques pleurales, affection la plus fréquemment observée après une exposition asbestosique, n'entraînent usuellement aucun trouble fonctionnel respiratoire, n'ont en règle générale aucune conséquence médicale, ne sont pas à l'origine de mésothéliome [31]. Les sujets sont le plus souvent asymptomatiques et la ou les plaques pleurales millimétriques ne sont découvertes que grâce à des examens tomodensitométriques de plus en plus performants.

- Or, la reconnaissance en maladie professionnelle de plaques pleurales liées à l'amiante autorise une cessation anticipée d'activité dotée d'une allocation spécifique dès l'âge de 50 ans. Aucune autre pathologie professionnelle, même grave, ne procure un tel avantage. Ainsi des sujets de 50 ans atteints d'asthme professionnel sont soit obligés de continuer de travailler, soit déclarés inaptes et ne peuvent que s'inscrire au chômage pour deux ans. Ils peuvent bénéficier d'une indemnité de licenciement mais n'ont même pas droit à l'indemnité de changement d'emploi, réservée aux pneumoconioses et affections à réparation spéciale.

- Or, les sujets asymptomatiques, porteurs de plaques pleurales, bénéficient généralement d'un taux d'IPP de 5 %. À titre de comparaison, le barème actuel de réparation propose un taux d'IPP de 5 % pour la perte d'un doigt. Les séquelles résultant d'une amputation d'un doigt sont-elles comparables aux conséquences de plaques de quelques millimètres seulement visibles sur un scanner ? Une réflexion pour une harmonisation du barème indicatif AT/MP est souhaitable.

- Or, l'instauration du FIVA introduit trois améliorations majeures :

- une réparation intégrale des préjudices pour les affections secondaires à une exposition à l'amiante, et non pas une réparation forfaitaire limitée à l'IP. Ainsi, l'existence de plaques pleurales permet une indemnisation supplémentaire d'environ 20 000 euros à 60 ans.

- Les sujets atteints de plaques pleurales et de mésothéliomes n'ont pas à prouver l'exposition à l'amiante, même si ces pathologies ne sont pas spécifiques.

- Une prise en charge harmonisée, que ces affections soient reconnues d'origine professionnelle ou non. Cette disposition permet la même réparation quel que soit le statut du malade : salarié, artisan...

L'ensemble de ces dispositions réglementaires, spécifiques des expositions à l'amiante, assure donc une meilleure prise en charge, mais entraîne une incohérence par rapport aux autres MP. La possibilité de partir à la retraite dès l'âge de 50 ans, sans aucune pathologie liée à l'amiante, pour certains salariés seulement, renforce encore les inégalités du dispositif social. De plus, de nombreuses plaintes contre des employeurs ont été jugées ou sont en cours pour faute inexcusable, homicide voire empoisonnement. Certains jugements ont accordé des indemnisations sans aucune cohérence avec le système de réparation des AT/MP.

Aucun système de réparation ne peut déterminer exactement tous les sujets atteints de MP (et seulement ceux-ci). Cependant chaque pays, ainsi que la Communauté Européenne, devrait être garant de l'accès au système de santé et d'une équité de prise en charge vis-à-vis des pathologies professionnelles. Le récent rapport d'Eurogip sur les maladies professionnelles liées à l'amiante en Europe révèle bien les écarts importants qui existent selon les pays en fonction de la couverture sociale [30]. Il reste beaucoup à faire pour une harmonisation dans ce domaine des AT/MP.

Sites internet

1. www.inrs.fr
2. www.risquesprofessionnels.ameli.fr
3. <http://maladies-professionnelles.cramif.fr>
4. www.fiva.fr
5. www.uvmt.org/sections.php?op=viewarticle&artid=914

À RETENIR

- Il existe en France une sous-déclaration des MP, en particulier liée à la latence de survenue de certaines maladies, à la méconnaissance des expositions par les médecins, à la crainte des conséquences sur l'emploi et à la méconnaissance des procédures administratives.

- La déclaration en MP est effectuée par le patient lui-même ou ses ayants droit.
- Tout médecin doit rédiger un certificat médical initial dès qu'une origine professionnelle est suspectée et guider son patient à travers les différentes démarches médico-sociales.
- La reconnaissance en MP dépend du statut socioprofessionnel du patient. Elle est du ressort de son organisme d'assurance maladie.
- La reconnaissance d'une MP chez un salarié est obtenue soit par présomption d'origine selon le système des tableaux, soit par le système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles.
- La déclaration d'une MP a un intérêt individuel de réparation du préjudice avec indemnisation et de protection de l'emploi.
- Les patients atteints de mésothéliome n'ont pas besoin de prouver une exposition à l'amiante pour être indemnisés par le FIVA.

Références

- 1 CNAM-TS : Statistiques nationales des accidents du travail, des accidents de trajet et des maladies professionnelles - Année 2004. Paris, 2006, 544 pages.
- 2 Pairon J-C, Andujar P, Matrat M, Ameille J : Cancers respiratoires professionnels. *Rev Mal Respir* 2008 ; 25 : 193-207.
- 3 Ameille J, Larbanois A, Descatha A, Vandenplas O : Épidémiologie et étiologies de l'asthme professionnel. *Rev Mal Respir* 2006 ; 23 : 726-40.
- 4 Ameille J, Dalphin JC, Descatha A, Pairon JC : La bronchopneumopathie chronique obstructive professionnelle : une maladie méconnue. *Rev Mal Respir* 2006 ; 23 : 13S119-30.
- 5 Abadia G, Gayet C, Delepine A, Payant D : Les maladies professionnelles. Guide d'accès aux tableaux du régime général et du régime agricole, Édition INRS ED 835, 7^e édition, décembre 2008 (téléchargeable au format pdf sur le site internet de l'INRS : <http://www.inrs.fr>).
- 6 <http://maladies-professionnelles.cramif.fr>
- 7 <http://www.org/sections.php?op=viewarticle&artid=914>
- 8 Asthme professionnel : Fiches pratiques coordonnées par Godard Ph, Ameille J et Pairon J-C. *Info Respiration* 2004, n° 60 : 1-12 (téléchargeable sur <http://www.splf.org/s/IMG/pdf/fichesAP-60.pdf>)
- 9 <http://www.remcomp.fr/asmamet/asmapro/index.htm>
- 10 Beigelman-Aubry C, Ferretti G, Mompoin D, Ameille J, Letourneux M, Laurent F : Atlas iconographique tomodensitométrie des pathologies bénignes de l'amiante. *Rev Mal Respir* 2007 ; 24 : 759-81.
- 11 Questionnaire de repérage des expositions professionnelles chez les sujets atteints de cancer bronchique primitif. Document SPLF/SFMT. *Info Respiration* 2008, n° 86 - cahier 2 : I - XII (téléchargeable sur <http://www.splf.org>).
- 12 Peyrethon C, Choudat D : Accidents du travail et maladies professionnelles - Définitions. *Rev Prat* 2003 ; 53 : 2285-92.
- 13 Choudat D, Gouffier C, Limido G : Prévention, reconnaissance et indemnisation des maladies professionnelles en France : *Encycl. Méd. Chir.* (Elsevier, Paris), Toxicologie-Pathologie professionnelle, 16-730-A-10, 1998, 7 pages.
- 14 *Journal Officiel de la République Française* n° 25 du 30 janvier 1993, pages 1576-1587.
- 15 Pairon JC, Brochard P, Gehanno JF, Letourneux M, Paris C, Ameille J : Pathologies respiratoires professionnelles. In : Lemarié E, éd. *La Pneumologie fondée sur les preuves* - Édition 2008. Paris : Margaux Orange, 2008 : 557-9.
- 16 http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fr/AccueilDossiers/AccueilDossiers_charte-atmp_1.php
- 17 http://www.msa.fr/front/id/msafir/S1096461900197/S1098192456447/S1098192458103/publi_ATEXA---l--39-assurance-accidents-travail-des-exploitants-agricoles.html
- 18 Ameille J, Pairon JC, Bayeux MC, Brochard P, Choudat D, Conso F, Devienne A, Garnier R, Iwatsubo Y : Consequences of occupational asthma on employment and financial status: a follow-up study. *Eur Respir J* 1997 ; 10 : 55-8.
- 19 Choudat D : Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante. *Arch Mal Prof* 2003 ; 64 : 113-5.
- 20 Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante. 7^e rapport d'activité au parlement et au gouvernement, année 2007. 91 pages.
- 21 *Journal Officiel de la République Française* n° 300 du 27 décembre 1998, pages 19646-19680
- 22 *Journal Officiel de la République Française* n° 76 du 31 mars 1999, pages 4771-4772
- 23 *Journal Officiel de la République Française* n° 158 du 9 juillet 2000, page 10423
- 24 *Journal Officiel de la République Française* n° 284 du 7 décembre 2001, page 19489
- 25 *Journal Officiel de la République Française* n° 301 du 28 décembre 2001, pages 20989-20990
- 26 *Journal Officiel de la République Française* n° 40 du 17 février 2005, pages 2669-2670
- 27 Rapport de la Cour des Comptes sur la gestion du risque accidents du travail et maladies professionnelles, février 2002, p 276.
- 28 Rapport d'information au sénat sur le bilan et les conséquences de la contamination par l'amiante, 20 octobre 2005, p 333.
- 29 Rapport de l'Assemblée Nationale sur les risques et les conséquences de l'exposition à l'amiante n° 2884, 22 février 2006, p 564.
- 30 Rapport d'enquête Eurogip sur les maladies professionnelles liées à l'amiante en Europe, mars 2006, p 47.
- 31 Frijia J, Fournier M : L'amiante en France. *Rev Mal Respir* 2007 ; 24 : 687-9.