FONDS D'INDEMNISATION

DES VICTIMES DE L'AMIANTE

F I V A

Rapport d'activité au Parlement et au Gouvernement établi par le Conseil d'administration

Juillet 2002 / Juin 2003

FONDS D'INDEMNISATION

DES VICTIMES DE L'AMIANTE

F I V A

Rapport d'activité au Parlement et au Gouvernement établi par le Conseil d'administration

INTRODUCTION

Le dispositif d'indemnisation des victimes de l'amiante a été mis en place par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 du 23 décembre 2000 portant création du Fonds d'Indemnisation des Victimes de l'Amiante et par le décret du 23 octobre 2001[1]. L'article 53-VII de la loi prévoit que le Conseil d'administration du Fonds adresse chaque année au Parlement et au Gouvernement un rapport d'activité transmis avant le 1er juillet. Le rapport d'activité 2002 présentait les informations relatives aux premiers mois de la mise en place du Fonds.

L'année 2002/2003 est la première année de fonctionnement du Fonds d'Indemnisation des Victimes de l'Amiante (FIVA) dans sa mission de réparation intégrale des préjudices des victimes de l'amiante. L'année écoulée a en effet permis la définition par le Conseil d'administration des principes de la politique d'indemnisation des victimes dont le FIVA doit assurer la mise en œuvre. Suite à la phase initiale, qui avait débutée en juillet 2002, de réception des dossiers et de versement des premières provisions, les indemnisations sont désormais proposées aux demandeurs. Entre le 15 mars et le 31 mai 2003, 976 offres d'indemnisation correspondant à 745 dossiers de victimes ont ainsi été préparées par le Fonds pour un montant de 37,8 millions d'Euros.

Ce rapport est donc le premier à pouvoir fournir des indicateurs de tendances qui seront affinés au fil des mois. En effet, à ce stade, il est encore trop tôt pour tirer des enseignements complets sur ce que sera l'activité du FIVA dans les années à venir, notamment sur l'issue des procédures : niveaux d'acceptation des offres d'indemnisation, appels contre les décisions du FIVA, actions récursoires et leur aboutissement... Pour autant, il est déjà possible de dire avec certitude que la création d'un dispositif d'indemnisation spécifique pour les victimes de l'amiante répond à un besoin des victimes. Sur l'année écoulée, plus de 5000 dossiers ont été déposés et le rythme des dépôts ne marque pas de signe d'infléchissement.

[1] Cf. annexe 1 textes consolidés de la Loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale modifiée et décret n° 2001-963 du 23 octobre 2001.

1ère Partie - L'activité du FIVA est caractéristique d'une institution qui se met en place

Pour l'année 2002-2003, l'activité du FIVA est témoin de l'attente par les victimes d'une reconnaissance particulière de leur préjudice. A travers le budget du FIVA, elle traduit ainsi la croissance prévisible des demandes de réparation intégrale des préjudices dus à l'amiante, tant par les montants prévus au titre de l'indemnisation que de ceux alloués au fonctionnement du Fonds. La poursuite de la mise en place de la structure traduit ce même besoin : les équipes sont recrutées et les équipements matériels continuent d'être installés de façon à répondre à cette demande.

A – Un budget en forte augmentation liée à la croissance de l'activité du FIVA

Dans un souci de reconnaissance particulière des victimes de l'amiante, le législateur a mis en place les outils d'un traitement simplifié et unifié de l'ensemble des demandes de réparation. A cette fin, il a spécialement créé le Fonds d'Indemnisation des Victimes de l'Amiante, établissement public national à caractère administratif et lui a confié la mission de réparation intégrale des préjudices des victimes de l'amiante. Dans ce contexte, il a entendu doter le Fonds des moyens de remplir sa mission et a organisé un financement public de nature à permettre à l'établissement de fonctionner. La montée en charge progressive du dispositif justifie dès lors que les contributions inscrites en loi de finances et en loi de financement de la sécurité sociale accompagnent la croissance de l'activité du Fonds. Le budget pour 2003 en est une nouvelle illustration. [2]

1) Les ressources du FIVA augmentent en 2003

Le paragraphe VII de l'article 53 de la loi portant création du FIVA prévoit que le fonds est financé par une contribution de l'Etat et par une contribution de la branche AT/MP du régime général de la sécurité sociale respectivement inscrites dans la loi de finances et dans la loi de financement de la sécurité sociale.

Pour 2003, la loi de financement de la sécurité sociale prévoit une contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles de 190 millions d'Euros soit 10 millions d'Euros de plus que la dotation 2002 révisée. La subvention de fonctionnement inscrite en loi de finances pour 2003 s'élève quant à elle à 40 millions d'Euros, elle était, dans le premier collectif budgétaire d'août 2002 de 38 millions d'Euros[3]. Au total, les fonds cumulés alloués au FIVA au titre des années 2001, 2002 et 2003 s'élèvent à 886 millions d'Euros dont 78 millions versés par l'Etat.

La loi prévoit par ailleurs que des ressources complémentaires pourront être obtenues à travers les actions récursoires que le FIVA subrogé dans les droits de victimes indemnisées sera en mesure d'engager. La jeunesse de l'établissement ne permet pas à ce stade de prévoir quelle pourra être la part de ce financement car il est à ce jour difficile de préjuger du nombre de recours possibles et des sommes qui pourront être récupérées par le FIVA à l'issue de ces procédures. Au demeurant le Conseil d'administration doit encore définir les orientations de la politique du Fonds en la matière.

[2] Cf. annexe 2 - budget FIVA 2003

[3] Loi de finances rectificative pour 2002 n° 2002-1050 du 6 août 2002, JO du 8 août 2002

2) Les dépenses du FIVA sont le reflet d'une politique ciblée pour répondre précisément aux besoins

L'essentiel des crédits reçus par le FIVA est destiné à assurer l'activité d'indemnisation des victimes. En 2002, les provisions ont représenté les principales dépenses du Fonds (13 millions d'Euros).

Pour 2003, le budget prévisionnel correspond à une année de plein exercice tant en termes de fonctionnement (l'ensemble des personnels sera en fonction au 1er septembre et les équipements informatiques et de bureau installés), qu'en termes d'activité d'indemnisation dans un contexte de poursuite de la montée en charge du nombre de dossiers reçus par le Fonds. Il est donc sensiblement plus élevé, l'activité d'indemnisation représentant cette fois encore une très large part des dépenses. Ainsi, sur un total de 764,9 millions d'Euros (fonctionnement et investissement), la part consacrée à la gestion courante du Fonds représente moins de 1,2%.

B – La poursuite de la mise en place administrative et matérielle du FIVA découle directement de la montée en charge de l'activité du FIVA.

L'année 2002/2003 a permis la mise en place effective des moyens indispensables pour assurer la mission confiée à la nouvelle structure par le recrutement des équipes d'une part, et par l'installation des équipements de l'autre. Parallèlement, le FIVA a fait appel au Fonds de garantie contre les accidents de circulation et de chasse pour assurer la gestion des dossiers de demandes d'indemnisation qui sont reçus depuis juillet 2002.

1) Le recrutement des équipes

Après l'arrivée de l'équipe de direction et de l'agence comptable en 2002, le budget 2003, adopté le 21 janvier 2003, a permis d'assurer le recrutement des personnels du Fonds et notamment des juristes chargés de l'indemnisation.

La politique de recrutement a eu pour priorité d'assurer le fonctionnement du FIVA dans sa mission de réparation intégrale. Les juristes chargés de l'indemnisation sont donc prêts à répondre aux demandes qui arrivent directement au FIVA depuis le 7 juin 2003. Le même souci de recrutement de personnels ciblés aux fonctions à pourvoir a guidé l'ensemble de la politique de recrutement.

Le budget 2003 approuvé par le Conseil d'administration du 21 janvier dernier autorise le recrutement d'un effectif de 36 personnes. La répartition s'établit comme suit :

- une équipe de direction de 5 personnes comprenant le directeur, la directrice adjointe, l'agent comptable, le directeur juridique et le médecin conseil ;
- un effectif Cadre de 24 personnes comprenant un adjoint à l'agent comptable, 1 chargé d'études et de statistiques, une équipe de 16 juristes indemnisation dont un responsable, une équipe de 5 juristes contentieux dont un responsable, une équipe ressources humaines/budget de 2 personnes ;
- une équipe technique de 7 personnes.

A ce jour, le recrutement des juristes affectés à l'instruction des demandes d'indemnisation est en voie d'achèvement. Tous ont une formation juridique d'au moins quatre années à laquelle s'ajoute une première expérience. L'équipe dédiée au traitement des affaires contentieuses est en place, elle est entièrement composée de personnes ayant acquis une première expérience en exerçant comme avocat dans un cabinet. Le recrutement de l'ensemble du personnel du FIVA sera réalisé dans les prochaines semaines.

2) La localisation du FIVA et l'installation des équipements

La Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) a contribué à la mise en place du FIVA en mettant à sa disposition des locaux situés dans le 19ème arrondissement à Paris. Le FIVA a emménagé dans ses propres locaux le 18 mars 2003, à Bagnolet.

Dans un souci de cohérence et de rationalisation des moyens, le FIVA et l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM), créé par la loi du 4 mars 2002, se sont installés dans des locaux communs. La mise en place quasi concomitante du FIVA et de l'ONIAM a rendu possible le rapprochement du siège de ces fonds couvrant des risques sanitaires et sociaux.

Par ailleurs, la version de référence du système informatique du Fonds a été livrée et les tests d'application ont été réalisés dans le courant du mois de mai. La version définitive du logiciel était elle aussi disponible, installée et testée début juin.

3) Le recours transitoire à une prestation de services assurée par le Fonds de Garantie contre les accidents de circulation et de chasse

Les délais nécessaires à la mise en place d'une nouvelle structure ont conduit le pouvoir réglementaire à autoriser le FIVA à confier au fonds de garantie contre les accidents de circulation et de chasse (FGA), pour un délai d'un an, la gestion des dossiers de demande d'indemnisation des victimes de l'amiante (article 9 du décret du 23 octobre 2001 précité) et la préparation des offres d'indemnisation. La convention ainsi rendue possible est entrée en vigueur le 7 juin 2002. La décision sur la provision et l'indemnisation définitive appartient au FIVA. Les dossiers des demandeurs peuvent donc être examinés par le FIVA à tout moment et, en tout état de cause, doivent l'être à la fin de la procédure. Depuis le 7 juin 2003, les nouveaux dossiers sont reçus au FIVA et traités par ses juristes.

Le FGA, grâce à la prestation qu'il a fournie pour le FIVA, a ainsi permis le traitement des premiers dossiers. Son apport a été important dans cette phase initiale. Le coût de cette prestation a représenté 87,67 % des dépenses réalisées au titre de la gestion courante du budget de fonctionnement en 2002 et 29% en 2003. Ce pourcentage très élevé en 2002 s'explique par le fait que le FIVA, nouvelle institution, était en cours de constitution et fonctionnait donc à effectif réduit en 2002. Le recrutement des équipes du FIVA a été progressif en 2002 et 2003, les dépenses réalisées au titre de la gestion courante ont naturellement augmenté provoquant mécaniquement la diminution de la part consacrée au paiement de la prestation du FGA.

2ème Partie - L'activité du FIVA dans sa mission de réparation intégrale

A – L'activité du FIVA dans la définition d'une politique de réparation intégrale : une mission délicate menée à un rythme soutenu qui n'a pas empêché le FIVA de fonctionner

La loi du 23 décembre 2000 et le décret du 23 octobre 2001 ont prévu un dispositif inédit pour prendre en charge l'indemnisation des victimes de l'amiante. Ils prévoient un principe de réparation intégrale par un Fonds public, le FIVA, spécialement créé à cette fin. Le Conseil d'administration de l'établissement public définit la politique d'indemnisation du Fonds. La Commission d'examen des circonstances de l'exposition à l'amiante est chargée d'examiner les dossiers des victimes qui ne sont, ni des victimes d'une maladie provoquée par l'amiante et figurant sur l'arrêté prévue par la loi du 23 décembre 2000, ni des victimes de pathologies professionnelles.

1) Le Conseil d'administration définit la politique d'indemnisation du FIVA

L'article 6 du décret du 23 octobre précise que le Conseil d'administration du FIVA définit *« la politique d'indemnisation du fonds en fixant les orientations relatives aux procédures, aux conditions de reconnaissance de l'exposition à l'amiante, d'indemnisation et de versements aux victimes et aux conditions d'action en justice du fonds »*. Il arrête *« les offres d'indemnisations proposées aux demandeurs et le montant des provisions à leur verser »*. Il *« peut donner délégation au directeur »*.

Tout au long de l'année 2002/2003, le Conseil s'est réuni à un rythme soutenu : le 17 juin dernier, il tenait ainsi sa 10ème séance depuis son installation en avril 2002. Même s'il n'est pas obligatoire, puisque la loi oblige à trois réunions par an, ce rythme de travail est rendu nécessaire par la charge assignée au Conseil d'administration de définir la politique d'indemnisation du Fonds. La convocation régulière de réunions supplémentaires traduit la volonté du FIVA de déterminer des mécanismes de fonctionnement qui permettent une indemnisation des victimes dans des conditions satisfaisantes.

L'activité du Conseil d'administration a, dans un premier temps, essentiellement porté sur la définition du barème indicatif d'indemnisation. La chose n'était pas aussi simple qu'elle pouvait paraître. Il s'agissait en effet pour le Conseil, non seulement d'organiser l'articulation avec l'indemnisation des maladies professionnelles, mais aussi de considérer la diversité des pathologies liées à l'amiante dont le degré de gravité est très différent.

Ainsi, si la réparation intégrale est fondée sur l'idée simple de réparer le préjudice subi par une victime afin de la replacer dans la situation dans laquelle elle se serait trouvée si l'acte dommageable n'avait pas eu lieu, derrière ce principe se cache en réalité la nécessité d'arrêter des règles précises quant au barème médical retenu, à la valeur du point et à l'articulation avec le préjudice professionnel. Longuement élaboré, le barème indicatif du FIVA a été adopté lors de la séance du Conseil du 21 janvier 2003[4].

[4] Cf. Annexe 3 : présentation du barème

A ces difficultés s'ajoute, pour le FIVA, la nécessité de concilier le traitement de milliers de dossiers tout en conservant une certaine individualisation. En outre, le Conseil de par sa composition prévue par l'article 1er du décret du 23 octobre 2001, doit en permanence rechercher la conciliation entre une juste réparation et le souci d'un financement durable. Du côté des victimes, il existe une demande forte d'égalité de traitement et de prévisibilité des indemnisations. Du côté des financeurs, s'ajoute un souci de prévisibilité des dépenses. Dans ce contexte, un travail minutieux a été engagé. Il n'a pas empêché le FIVA de fonctionner puisque la possibilité de verser des provisions a été immédiatement mise en œuvre. Il reste que l'ajustement de la politique d'indemnisation du Fonds doit se poursuivre sans relâche.

Aussi, l'activité du Conseil ne s'est pas arrêtée à la détermination du barème, car la définition d'une politique générale implique la définition de principes d'application des règles. Chacun des Conseils a ainsi été l'occasion d'examiner des points particuliers nés de l'instruction des demandes de réparation reçues par le Fonds : détermination des préjudices, conditions de recevabilité des dossiers des victimes ou des ayants droit, complément d'indemnisation...

L'ampleur du champ à couvrir a conduit le Conseil d'administration à décider du recours à une structure plus légère sous la forme de groupes de travail, pour préparer les décisions qui seront prises en Conseil. Le groupe de travail se réunit entre deux réunions plénières et assure un pré-examen de points qui figureront à l'ordre du jour de la plénière suivante. En pratique, il assure une fonction de préparation, d'approfondissement de la réflexion. Il permet aussi, en fonction des avis présentés et des rapprochements éventuellement réalisés, d'être en capacité de préparer utilement les propositions qui seront discutées en Conseil. En aucun cas il ne se substitue au Conseil qui garde le pouvoir exclusif de décider.

Le temps passé à la définition d'une politique d'indemnisation minutieuse n'a pas empêché le Fonds d'assurer la mission qui est la sienne de réparation des préjudices des victimes de l'amiante. Dès la réception des premières demandes, la possibilité de verser des provisions a été mise en œuvre. Au 31 mai 2003, 3790 provisions avaient été versées pour un montant total de 31,84 millions d'Euros.

Par ailleurs, en même temps que le Conseil d'administration du 21 janvier adoptait le barème indicatif, il prenait la décision autorisée par l'article 6 du décret du 23 octobre 2001[5], de donner délégation au directeur pour arrêter les offres d'indemnisation proposées aux demandeurs dans le respect des règles et orientations relatives aux indemnisations définies par le Conseil d'administration. La décision du Conseil prévoit les limites de la délégation donnée[6].

Le Conseil d'administration a également été amené à préciser, en particulier, les examens médicaux nécessaires[7] pour obtenir une indemnisation.

---

[5] L'article 6 alinéa 3 prévoit que « le Conseil d'administration peut donner délégation au directeur pour prendre, dans le cadre des orientations et dans les limites qu'il définit » les décisions relatives aux « offres d'indemnisation proposées aux demandeurs et le montant des provisions à leur verser » (5°-al. 1er)

[6] Le directeur doit soumettre toutes les décisions de principe lorsqu'une situation n'a pas été explicitement définie par le barème indicatif ; il peut adapter le niveau d'indemnisation à l'intérieur des fourchettes prévues par le barème par rapport à la valeur de référence ; il doit soumettre toutes les décisions qui s'écarteraient de plus de 20% à la baisse ou à la hausse, par rapport aux valeurs de référence et qui se situeraient ainsi hors des fourchettes prévues.

[7] Cf. Annexe 4 : relevé des décisions du Conseil d'administration du 28 mars 2003

2) La commission d'examen des circonstances de l'exposition à l'amiante

L'article 7 du décret du 23 octobre 2001 précise que la commission d'examen des circonstances de l'exposition à l'amiante se prononce *« dans le cadre des orientations définies par le conseil d'administration, sur le lien entre la maladie et l'exposition à l'amiante »*. Le champ est vaste. Il peut s'agir de toute pathologie dont le demandeur estime qu'elle a un lien qui n'est pas établi avec une exposition à l'amiante, il peut aussi s'agir de demandes en rapport avec une exposition professionnelle (hors champ couvert par les régimes obligatoires de réparation des maladies professionnelles), domestique, environnementale, voire un cumul entre ces types d'exposition. En pratique, il s'agit de maladies plurifactorielles pour lesquelles l'établissement d'un lien éventuel nécessite un examen approfondi du dossier individuel et par le croisement de compétences multiples (médecins du travail, pneumologues, ingénieurs de prévention, ...) pour l'évaluer. En tout état de cause, c'est un jugement sur la réalité et la nature du lien qui doit être rendu.

Après une première réunion constitutive tenue l'été dernier, il s'est écoulé une période de quelques mois avant le début des travaux de la commission. Depuis le mois de janvier, elle se réunit sur la base d'une séance mensuelle en fonction des dossiers à examiner[8]. A ce jour, 33 dossiers ont été reçus et examinés. Pour 10 d'entre eux, la reconnaissance du lien entre l'exposition à l'amiante et la maladie a été établie et pour 11 autres, le lien n'a pas été établi. Pour le reste, la commission a souhaité obtenir des compléments d'information de nature médicale ou un récapitulatif de carrière ou les deux, avant de décider.

Le nombre de 33 dossiers relevant de la Commission est donc relativement faible (33/5000), la plupart des dossiers correspondant à des maladies professionnelles reconnues ou de maladies provoquées par l'amiante non reconnues. Toutefois, une croissance importante du nombre de dossiers relevant de la Commission est à prévoir dans les années à venir.

B – L'activité du FIVA dans la mise en œuvre de sa mission de réparation intégrale : l'instruction des dossiers des victimes et les indemnisations proposées

1) Les demandes d'indemnisation

a - L'évolution en nombre

Entre juillet 2002 et le 31 mai 2003, le FIVA a reçu un total de 5453 demandes d'indemnisation.

Le rythme des demandes s'est rapidement accéléré passant de 153 au mois d'août 2002, premier mois de comptabilisation mensuelle des dossiers reçus[9], à plus de 600 demandes mensuelles supplémentaires dans les 4 derniers mois de l'année. Depuis le début de l'année 2003, on observe une certaine stabilisation du nombre moyen de nouveaux dossiers ouverts chaque mois s'établissant autour de 500 sans que l'on puisse encore considérer que cette stabilisation relative soit durable.

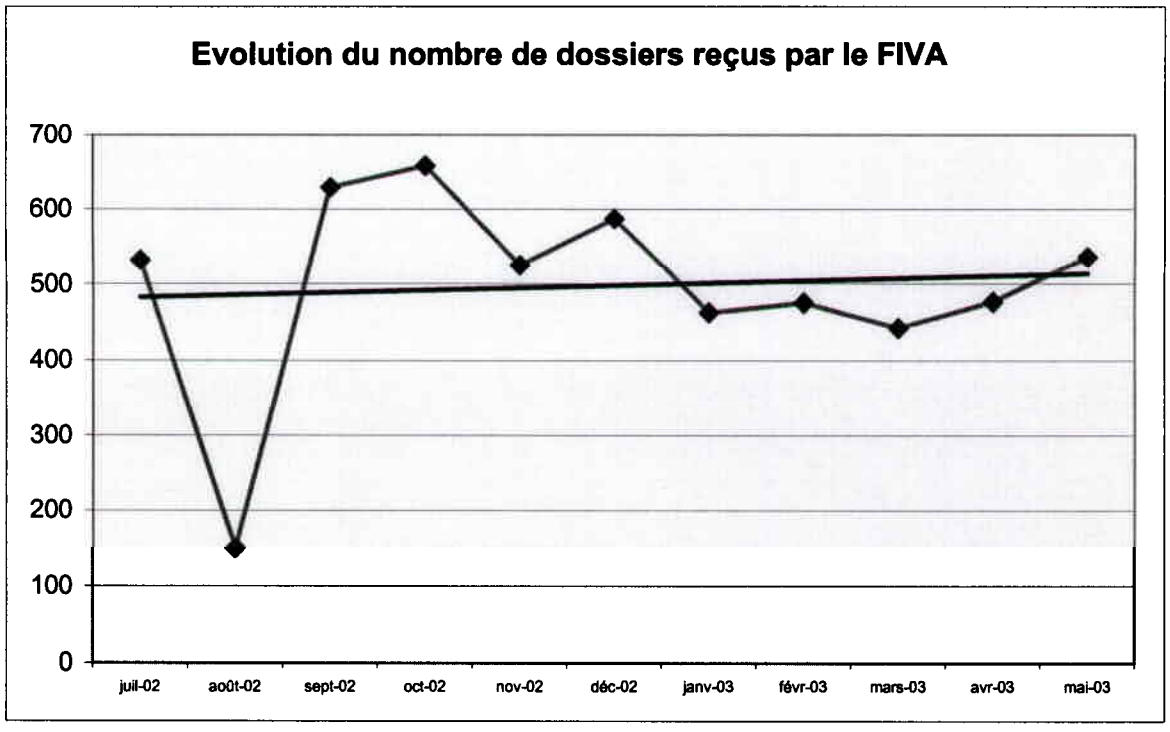
La représentation graphique présentée ci-après témoigne de ces évolutions.

---

[8] Réunions tenues en 2003 : 17 janvier, 10 mars, 28 avril, 26 mai.

[9] Au 31 juillet, on compte en effet un stock de 531 dossiers ouverts qui correspond au nombre de dossiers reçus entre l'installation du FIVA en avril/mai 2002 et le début de l'enregistrement des dossiers à la date de disponibilité des formulaires introductifs de la demande (1er juillet 2002) ainsi que les dossiers transmis par les Commissions d'Indemnisation des Victimes d'Infractions (CIVI) Cf. Annexe 5 formulaires de demande d'indemnisation.

Graphique des dossiers ouverts au 31 mai 2003 :



Par ailleurs, la fréquentation du numéro vert (0 800 500 200), mis en service en mai 2002 c'est-à-dire dès le début du fonctionnement du FIVA et avant que les formulaires nécessaires à la constitution de la demande soient disponibles (le 1er juillet 2002), connaît une évolution tendancielle à la hausse qui semble se maintenir. En mai 2003, on constate même un pic d'accélération avec un total de 1392 appels.

Tableau de fréquentation du Numéro vert au 31 mai 2003 :

	05/02	06/02	07/02	08/02	09/02	10/02	11/02	12/02	01/03	02/03	03/03	04/03	05/03
Appels mensuels	61	174	434	184	442	556	606	558	597	736	588	923	1392
Cumul	61	235	669	853	1295	1851	2457	3015	3612	4348	4936	5859	7251

Source : FGA

Au 31 mai, le FIVA a ouvert 5 453 dossiers de victimes (vivantes ou décédées). Sur ce total, 5 157 sont des dossiers de victimes exposées à titre professionnel (95 %), 110 dossiers sont déposés au titre de l'exposition environnementale et pour 186 dossiers, le type d'exposition est indéterminé. Cette dernière catégorie peut paraître surprenante mais elle correspond en fait à une situation que l'on peut qualifier « de transition ». En effet, pour les derniers dossiers reçus, les informations transmises ne permettent pas toujours l'identification de leur origine et des informations complémentaires sont nécessaires à leur affectation en maladie professionnelle ou en exposition environnementale. Au terme de cette première année, on doit constater que l'immense majorité des dossiers reçus concernent des « victimes professionnelles » dont plus des 4/5 relèvent du régime salarié (81, 66%). Près de 94% des victimes sont des hommes et près de 70% ont entre 51 et 70 ans. Par ailleurs, on constate de fortes disparités régionales : près de 58% des dossiers reçus proviennent de l'Ile de France, du Nord, de la Bretagne, de la Normandie et des Pays de Loire.

Les tableau et graphiques présentés ci-après reprennent une partie de ces données.[10]

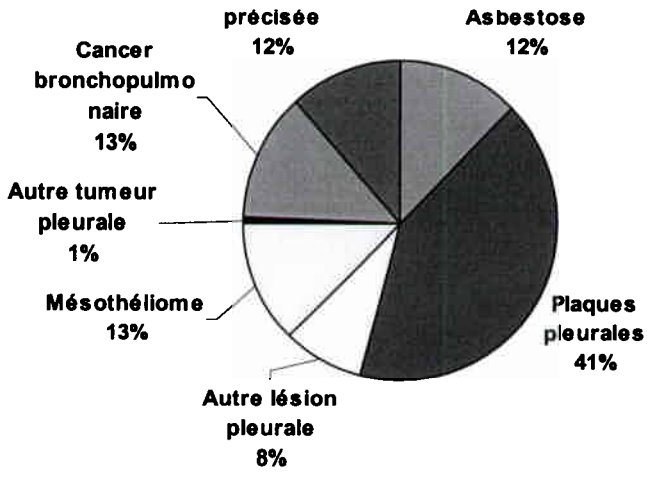
Tableau présentant la répartition par type d'exposition, régime et pathologie au 31 mai 2003 :

Exposition / Pathologie	Professionnelle						Environnementale	Indéterminée	Total
	Salariés	Etat	Régimes spéciaux	Non salariés	Indéterminé	Total			
Asbestose	547	74	48	3	2	674	7	7	688
Plaques pleurales	1782	241	139	5	10	2 177	47	47	2271
Autres lésions pleurales	332	47	43	1	4	427	5	16	448
Mésothéliome	526	47	27	8	2	610	40	35	685
Autres tumeurs pleurales	27	3	2	1		33		1	34
Cancers broncho-pulmonaires	561	54	43	4	2	641	2	18	684
Autres	436	44	34		58	572	9	62	643
Totaux	4 211	510	336	22	78	5 157	110	186	5 453

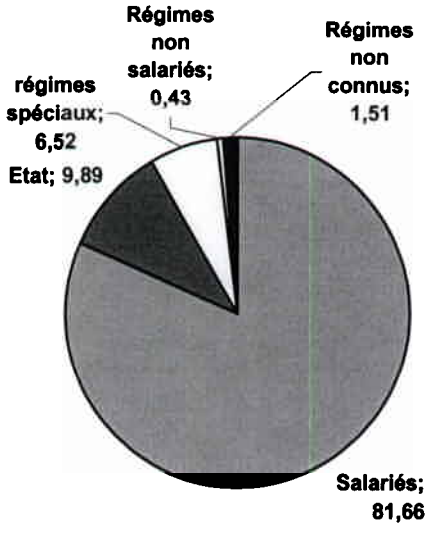
Source : FGA

[10] des éléments statistiques complémentaires sont présentés sous formes de tableau et représentation graphique en annexe 6

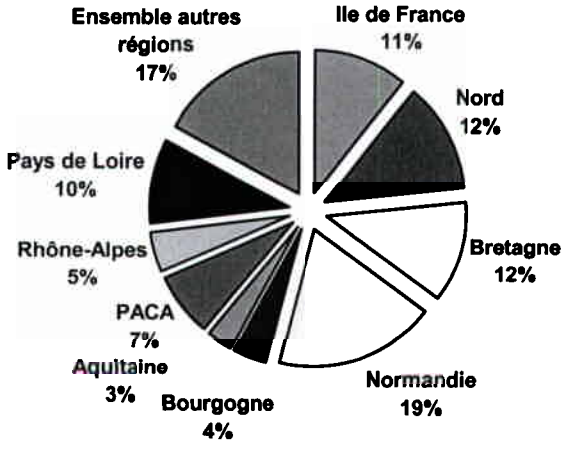
Par pathologie



Par régime professionnel



Par Région



Source : FGA

b - **L'évolution financière**

- Les provisions

Au 31 mai 2003, le montant total des règlements versés au titre des provisions par le FIVA depuis sa mise en place s'élevait à 31,8 millions d'Euros répartis en 3 790 règlements concernant 2 766 victimes (2131 dossiers déposés par les victimes et 635 dossiers concernant des victimes décédées déposés par leurs ayants droit et ayant donné lieu à 1 641 règlements). Sachant que le nombre de dossiers ouverts à la même date était de 5 543, c'est un peu plus de la moitié[11] des dossiers qui a fait l'objet de versements, essentiellement sous la forme de provisions. Sur cette somme, plus du tiers a été versé aux ayants droit de victimes décédées.

Tableau 1 : provisions versées par le FIVA

Pathologie	Nombre de victimes	Nombre de demandeurs			Montant total en Euros		
		Dossiers déposés par des victimes	Dossiers déposés par les ayants droit des victimes décédées	Total	Victimes	Ayants droit victimes décédées	Total
Asbestose	343	287	140	430	2 415 998	1 099 000	3 514 988
Plaques pleurales	1 359	1 351	21	1 380	6 497 156	149 000	6 646 156
Autres lésions pleurales	236	226	27	255	1 133 500	207 000	1 340 500
Dégénérescence maligne broncho pulmonaire	29	11	43	54	319 000	327 000	646 000
Mésothéliome	400	112	690	803	3 867 000	5 771 188	9 638 188
Autres tumeurs pleurales	19	3	46	49	64 000	356 000	420 000
Cancers broncho pulmonaires	380	141	674	819	4 082 000	5 559 000	9 641 000
Total	2 766	2 131	1 641	3 790	18 378 654	13 468 188	31 846 842

Source : FGA- situation provisions du FIVA

[11] Une provision ne peut être servie que lorsque la maladie a déjà été reconnue comme professionnelle ou lorsqu'il s'agit d'une maladie provoquée par l'amiante et figurant sur l'arrêté du 5 mai 2002. En outre, tous les demandeurs ne sollicitent pas de provision. Enfin, le Fonds dispose d'un mois pour décider du versement de la provision à compter de la réception de l'ensemble des documents prévus par l'article 15 du décret du 23 octobre 2001.

- Les indemnisations

L'adoption du barème indicatif par le Conseil d'administration le 21 janvier a permis de proposer les premières offres à compter de la mi-mars 2003. Au 31 mai, **745** offres définitives étaient présentées pour un montant total de 37,8 millions d'Euros. En deux mois et demi, c'est **15 %** des dossiers en cours qui on fait l'objet d'une offre préparée. Il faut toutefois noter que certaines des offres ne portent pas sur l'intégralité des postes de préjudices indemnisables mais uniquement sur certains d'entre eux en raison soit de l'attente de décision du Conseil d'administration (sur le préjudice esthétique par exemple[12]), soit du fait d'éléments d'information insuffisants dans les dossiers (en particulier sur le préjudice économique).

Sur les demandes d'indemnisation examinées, 12 d'entre elles ont fait l'objet d'un rejet de la part du FIVA. Ces rejets sont fondés sur les décisions de la Commission d'examen des circonstances de l'exposition à l'amiante qui n'a pas établi de lien entre la pathologie et une exposition à l'amiante. Un rejet concerne un ayant droit d'une victime décédée pour lequel le préjudice moral n'a pu être établi. Trois dossiers de petits enfants d'une victime nés après le décès de celle-ci ont également fait l'objet d'un rejet. Enfin, le FIVA a refusé d'accorder une indemnisation à des victimes qui avaient déjà été indemnisées par un tribunal et qui, considérant cette indemnisation insuffisante, souhaitaient bénéficier d'un complément d'indemnisation.

A ce jour, toutes les offres présentées n'ont pas déjà fait l'objet d'une réponse. En effet, outre les délais d'acheminement, les demandeurs peuvent ne pas répondre immédiatement. Ils disposent par ailleurs d'un délai de deux mois pour contester l'offre qui leur est faite. Les premières tendances semblent monter que la plupart des réponses reçues sont positives mais le FIVA reçoit également quelques lettres de refus. Ainsi, au 15 juin, quatre offres étaient contestées devant les cours d'appel ; une dizaine faisaient l'objet d'une demande de correctif devant le FIVA quant aux éléments retenus et 302 étaient acceptées et payées pour un montant total de plus de 10 millions d'Euros.

[12] Le Conseil d'administration a adopté le barème indicatif sur le préjudice esthétique dans sa séance du 6 mai 2003.

Les tableaux présentés ci-après reprennent ces éléments.

Tableau des offres par dossiers de demandeurs et pathologie au 31 mai 2003 :

Pathologie	Nombre de victimes	Nombre de demandeurs			Montant total en euros		
		Dossiers déposés par des victimes	Dossiers déposés par les ayants droit des victimes décédées	Total	Victimes	Ayants droit victimes décédées	Total
Asbestose	81	81	13	94	2 691 122	394 947	3 086 069
Plaques pleurales	397	401	23	424	7 917 939	290 686	8 208 625
Autres lésions pleurales	72	76	5	81	1 366 507	11 000	1 377 507
Dégénérescence maligne broncho pulmonaire	7	2	19	21	126 000	832 620	958 620
Mésothéliome	100	46	134	180	5 920 688	7 505 646	13 426 334
Autres tumeurs pleurales	4	2	14	16	54 000	519 310	573 310
Cancers broncho pulmonaires	84	43	117	160	4 195 450	5 992 742	10 188 192
Total	745	651	325	976	22 271 706	15 546 951	37 818 657

Source : FGA- situation des règlements du FIVA

Tableau de l'indemnisation moyenne par pathologie au 31 mai 2003 :

Pathologies	Montant moyen de l'offre par dossier (en euros)
Asbestose	38 100
Plaques pleurales	20 676
Autres lésions pleurales	19 132
Dégénérescence maligne broncho pulmonaire	136 950
Mésothéliome	134 263
Autres tumeurs pleurales	143 328
Cancers broncho pulmonaires	121 288
Toutes pathologies confondues	50 763

Source : FGA- situation des offres du FIVA au 31 mai 2003

Il faut noter que ces montants correspondent aux seuls versements effectués par le FIVA. Ils ne sont donc pas représentatifs de la totalité des versements perçus par les victimes soit globalement (il convient d'y ajouter, en particulier, les indemnités en capital ou en rente versées par les organismes sociaux) soit du FIVA (les données concernant les rentes à verser par le FIVA ne sont pas agrégées).

Tableau synthétique des offres versées au 15 juin 2003 :

Nombre de dossier	Montant des offres	Provisions réglées	Solde à régler
302	10 127 150	2 363 378	7 763 772

Source : FIVA

2) Les perspectives pour 2003/2004

Des premières données présentées ci-dessus, on peut tirer un enseignement certain : dans les mois à venir, les sommes qui seront versées par le FIVA seront beaucoup plus élevées. En effet, l'ensemble des dossiers déjà reçus va faire l'objet d'offres définitives établies sur la base du barème indicatif dans les semaines et mois à venir. Par ailleurs, le flux moyen de 500 nouveaux dossiers par mois constaté depuis plusieurs mois devrait se maintenir, voire augmenter, pendant plusieurs années.

Le montant de l'indemnisation moyenne est de 50 763 Euros. Toutefois, ce montant ne constitue qu'une première indication qui est susceptible de varier en fonction de la structure des pathologies couvertes (les montants les plus élevés concernant les pathologies les plus graves) mais aussi en fonction de la prise en compte d'autres préjudices (esthétique, professionnel) qui n'ont pas toujours pu être intégrés dans les premières offres comme cela a déjà été indiqué.

Le tableau présentant la situation des victimes par type d'exposition et par pathologie renforce ce premier enseignement. En effet, on constate que les maladies les plus graves sont déjà fortement présentes et que les délais de latence risquent encore d'accentuer leur prédominance dans les dossiers qui seront reçus dans les années à venir. En outre, compte tenu de ce même facteur temps, des dossiers de victimes déjà indemnisées au titre d'une maladie pourront être rouverts au titre d'une nouvelle maladie et faire l'objet d'une indemnisation complémentaire. Or, ce sont les pathologies les plus graves qui sont le plus fortement indemnisées et le coût de l'indemnisation devrait s'élever à mesure que les demandes au titre des pathologies les plus graves vont augmenter.

Par ailleurs, il est encore trop tôt pour mesurer quelle sera l'attitude des victimes quant au montant des offres proposées. Si le barème indicatif a fait l'objet d'un travail minutieux, les premières offres définitives ont été proposées très récemment (le barème a été adopté en début d'année 2003) et il faudra encore quelques mois avant de pouvoir mesurer si les montants alloués sauront répondre aux attentes des victimes en terme de réparation intégrale. En effet, la possibilité leur reste ouverte de ne pas saisir le Fonds et d'utiliser les voix contentieuses. Dans ce cas, la pratique des tribunaux pourra elle aussi influencer l'attitude future des victimes.

Quoi qu'il en soit, il ne faut pas perdre de vue qu'au-delà de la dimension financière, c'est bien la reconnaissance par la société de la spécificité de leur situation par les victimes qui doit être satisfaite. La mise en place d'un dispositif particulier est la première manifestation de cette reconnaissance. Le sentiment d'une juste réparation en est une autre dimension. L'enjeu pour le FIVA est donc de permettre que ce sentiment légitime soit satisfait dans le respect de la notion de réparation intégrale.

◇◇◇◇

ANNEXE 1

Article 53 de la Loi de financement de la sécurité sociale

– Article 53 de la Loi du 23 décembre 2001
– Décret n° 2001-963 du 23 octobre 2001

Article 53 de la loi du 23 décembre 2000 *de financement de la sécurité sociale pour 2001*
Modifié par la loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la sécurité sociale pour 2002
Modifié par la loi 2002-303 2002-03-04 art. 21 JORF 5 mars 2002.
Modifié par la n° 2002-1487 du 20 décembre 2002 de financement de la sécurité sociale pour 2003

I. - Peuvent obtenir la réparation intégrale de leurs préjudices :

1° Les 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 ;

2° Les personnes qui ont subi un préjudice résultant directement d'une exposition à l'amiante sur le territoire de la République française ;

3° Les ayants droit des personnes visées aux 1° et 2°.

II. - Il est créé, sous le nom de "Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante", un établissement public national à caractère administratif, doté de la personnalité juridique et de l'autonomie financière, placé sous la tutelle des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

Cet établissement a pour mission de réparer les préjudices définis au I du présent article.

Il est administré par un conseil d'administration composé de représentants de l'Etat, des organisations siégeant à la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, des associations nationales d'aide aux victimes de l'amiante et de personnalités qualifiées. Il est présidé par un magistrat.

Il emploie des agents régis par les titres II, III ou IV du statut général des fonctionnaires en position d'activité, de détachement ou de mise à disposition. Il emploie également des agents contractuels de droit public avec lesquels il peut conclure des contrats à durée déterminée ou indéterminée. Il peut également faire appel à des agents contractuels de droit privé pour occuper des fonctions exigeant une qualification particulière dans le domaine de l'indemnisation des préjudices ou des maladies professionnelles. Les agents contractuels employés par le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante sont tenus au secret et à la discrétion professionnels dans les mêmes conditions que celles qui sont définies à l'article 26 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.

III. - Le demandeur justifie de l'exposition à l'amiante et de l'atteinte à l'état de santé de la victime.

Le demandeur informe le fonds des autres procédures relatives à l'indemnisation des préjudices définis au I éventuellement en cours. Si une action en justice est intentée, il informe le juge de la saisine du fonds.

Si la maladie est susceptible d'avoir une origine professionnelle et en l'absence de déclaration préalable par la victime, le fonds transmet sans délai le dossier à l'organisme concerné 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. Cette transmission vaut déclaration de maladie professionnelle. Elle suspend le délai prévu au IV du présent article jusqu'à ce que l'organisme concerné communique au fonds les décisions prises. En tout état de cause, l'organisme saisi dispose pour prendre sa décision d'un délai de trois mois, renouvelable une fois si une enquête complémentaire est nécessaire. Faute de décision prise par l'organisme concerné dans ce délai, le fonds statue dans un délai de trois mois.

Le fonds examine si les conditions de l'indemnisation sont réunies : il recherche les circonstances de l'exposition à l'amiante et ses conséquences sur l'état de santé de la victime ; il procède ou fait procéder à toute investigation et expertise utiles sans que puisse lui être opposé le secret professionnel ou industriel. Vaut justification de l'exposition à l'amiante 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, ainsi que le fait d'être atteint d'une maladie provoquée par l'amiante et figurant sur une liste établie par arrêté des ministres chargés du travail et de la sécurité sociale.

Dans les cas valant justification de l'exposition à l'amiante visés à l'alinéa précédent, le fonds peut verser une provision si la demande lui en a été faite, il est statué dans le délai d'un mois à compter de la demande de provision.

Le fonds peut requérir de tout service de l'Etat, collectivité publique, organisme assurant la gestion des prestations sociales, organisme assureur susceptibles de réparer tout ou partie du préjudice, la communication des renseignements relatifs à l'exécution de leurs obligations éventuelles.

Les renseignements ainsi recueillis ne peuvent être utilisés à d'autres fins que l'instruction de la demande faite au fonds d'indemnisation et leur divulgation est interdite. Les personnes qui ont à connaître des documents et informations fournis au fonds sont tenues au secret professionnel.

Le demandeur peut obtenir la communication de son dossier, sous réserve du respect du secret médical.

IV. - Dans les six mois à compter de la réception d'une demande d'indemnisation, le fonds présente au demandeur une offre d'indemnisation. Il indique l'évaluation retenue pour chaque chef de préjudice, ainsi que le montant des indemnités qui lui reviennent compte tenu des prestations énumérées à l'article 29 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation, et des indemnités de toute nature reçues ou à recevoir d'autres débiteurs du chef du même préjudice. Le fonds présente une offre d'indemnisation nonobstant l'absence de consolidation.

Une offre est présentée dans les mêmes conditions en cas d'aggravation de l'état de santé de la victime ou si une indemnisation complémentaire est susceptible d'être accordée dans le cadre d'une procédure pour faute inexcusable de l'employeur.

L'acceptation de l'offre ou la décision juridictionnelle définitive rendue dans l'action en justice prévue au V vaut désistement des actions juridictionnelles en indemnisation en cours et rend irrecevable tout autre action juridictionnelle future en réparation du même préjudice. Il en va de même des décisions juridictionnelles devenues définitives allouant une indemnisation intégrale pour les conséquences de l'exposition à l'amiante.

V. - Le demandeur ne dispose du droit d'action en justice contre le fonds d'indemnisation que si sa demande d'indemnisation a été rejetée, si aucune offre ne lui a été présentée dans le délai mentionné au premier alinéa du IV ou s'il n'a pas accepté l'offre qui lui a été faite.

Cette action est intentée devant la cour d'appel dans le ressort de laquelle se trouve le domicile du demandeur.

Celui-ci a la possibilité de se faire assister ou représenter par son conjoint, un ascendant ou un descendant en ligne directe, un avocat ou un délégué des associations de mutilés et invalides du travail les plus représentatives.

VI. - Le fonds est subrogé, à due concurrence des sommes versées, dans les droits que possède le demandeur contre la personne responsable du dommage ainsi que contre les personnes ou organismes tenus à un titre quelconque d'en assurer la réparation totale ou partielle dans la limite du montant des prestations à la charge desdites personnes.

Le fonds intervient devant les juridictions civiles, y compris celles du contentieux de la sécurité sociale, notamment dans les actions en faute inexcusable, et devant les juridictions de jugement en matière répressive, même pour la première fois en cause d'appel, en cas de constitution de partie civile du demandeur contre le ou les responsables des préjudices ; il intervient à titre principal et peut user de toutes les voies de recours ouvertes par la loi.

Si le fait générateur du dommage a donné lieu à des poursuites pénales, le juge civil n'est pas tenu de surseoir à statuer jusqu'à décision définitive de la juridiction répressive.

VII. - Le fonds est financé par une contribution de l'Etat, dans les conditions fixées par la loi de finances, et par une contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale, sur la base d'un rapport d'activité du fonds établi par son conseil d'administration et transmis au Parlement et au Gouvernement chaque année avant le 1er juillet.

VIII. - Les dispositions de l'alinéa précédent ne remettent pas en cause la compétence juridictionnelle pour connaître, en appel ou en cassation, des décisions rendues avant la date de publication du décret mentionné au X du présent article par les commissions instituées par l'article 706-4 du code de procédure pénale.

IX. - Les demandes d'indemnisation des préjudices causés par l'exposition à l'amiante en cours d'instruction devant les commissions instituées par l'article 706-4 du code de procédure pénale à la date de publication du décret mentionné au X sont transmises au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante. Les provisions allouées en application du dernier alinéa de l'article 706-6 du code de procédure pénale sont remboursées par le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante au fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et d'autres infractions.

X. - Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

Le délai fixé au IV est porté à neuf mois pendant l'année qui suit la publication du décret mentionné à l'alinéa précédent.

Nota : Loi 2002-1487 2002-12-20 art. 52 I : Le montant de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, mentionnée au VII de l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000), est fixé à 190 millions d'euros au titre de l'année 2003.

Décret n° 2001-963 du 23 octobre 2001

Décret relatif au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante institué par l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001

NOR:MESS0123643D

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de l'emploi et de la solidarité,

Vu le code de procédure pénale, notamment l'article 706-4 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 221-4 et L. 221-5 et le livre IV ;

Vu le code des assurances, notamment l'article L. 421-1 ;

Vu le nouveau code de procédure civile ;

Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 ;

Vu le décret du 25 octobre 1935 organisant le contrôle financier des offices et des établissements publics autonomes de l'Etat ;

Vu le décret n° 53-1227 du 10 décembre 1953 modifié relatif à la réglementation comptable applicable aux établissements publics nationaux à caractère administratif ;

Vu le décret n° 62-1587 du 29 décembre 1962 modifié portant règlement général sur la comptabilité publique ;

Vu le décret n° 90-437 du 28 mai 1990 modifié fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements des personnels civils sur le territoire métropolitain de la France lorsqu'ils sont à la charge des budgets de l'Etat, des établissements publics nationaux à caractère administratif et de certains organismes subventionnés ;

Vu le décret n° 92-681 du 20 juillet 1992 modifié relatif aux régies de recettes et aux régies d'avances des organismes publics ;

Vu l'avis de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 13 juillet 2001 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Chapitre Ier : Dispositions relatives à l'organisation et au fonctionnement du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante.

Article 1

Le conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante comprend, outre le président :

1° Cinq membres représentant l'Etat :

- le directeur de la sécurité sociale ou son représentant ;

- le directeur du budget ou son représentant ;

- le directeur du Trésor ou son représentant ;

- le directeur général de la santé ou son représentant ;

- le directeur des relations du travail ou son représentant ;

2° Huit représentants des organisations siégeant à la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles prévue à l'article L. 221-4 du code de la sécurité sociale, dont le président de celle-ci, proposés, à l'exception de ce dernier, par lesdites organisations :

- un représentant du Mouvement des entreprises de France (MEDEF) ;

- un représentant de la Confédération générale des petites et moyennes entreprises (CGPME) ;

- un représentant de l'Union professionnelle et artisanale (UPA) ;

- un représentant de la Confédération générale du travail (CGT) ;

- un représentant de la Confédération générale du travail-Force ouvrière (CGT-FO) ;

- un représentant de la Confédération française démocratique du travail (CFDT) ;

- un représentant de la Confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC) ;

- un représentant de la Confédération française de l'encadrement-Confédération générale des cadres (CFE-CGC) ;

3° Quatre membres proposés par les organisations nationales d'aide aux victimes de l'amiante ;

4° Quatre personnalités qualifiées dans les domaines de compétence du fonds :

- deux personnalités qualifiées possédant des connaissances particulières en matière d'amiante ;

- le directeur de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ou son représentant ;

- un membre de l'inspection générale des affaires sociales.

Article 2

Le président du conseil d'administration du fonds est nommé parmi les présidents de chambre ou les conseillers à la Cour de cassation, en activité ou honoraires, pour une durée de trois ans renouvelable une fois, par décret pris sur proposition du ministre chargé de la sécurité sociale, du garde des sceaux, ministre de la justice, et du ministre chargé du budget.

Le président a un suppléant nommé dans les mêmes conditions pour une période de trois ans renouvelable.

En cas d'empêchement définitif du président ou de son suppléant, un remplaçant est nommé dans les mêmes conditions que son prédécesseur pour la durée du mandat restant à courir.

Article 3

Les membres du conseil d'administration mentionnés aux 2°, 3° et 4° de l'article 1er, à l'exception du président de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles et du directeur de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, sont nommés pour un mandat de trois ans, renouvelable une fois, par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

Ils ont chacun un suppléant nommé dans les mêmes conditions que le titulaire. Les suppléants ne siègent aux séances du conseil d'administration qu'en cas d'absence ou d'empêchement du titulaire.

En cas de vacance d'un siège, un remplaçant est nommé dans les mêmes conditions que son prédécesseur pour la durée du mandat restant à courir.

Article 4

Les fonctions de membre du conseil d'administration ou de suppléant sont exercées à titre gratuit. Elles ouvrent droit aux indemnités pour frais de déplacement et de séjour dans les conditions prévues par le décret du 28 mai 1990 susvisé.

Par dérogation au premier alinéa, il est attribué une indemnité de fonction, non soumise à retenue pour pension civile de retraite, au président du conseil d'administration et à son suppléant ; le montant de ces indemnités est fixé par arrêté conjoint du ministre chargé du budget et du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article 5

Le conseil d'administration se réunit au moins trois fois par an sur convocation du président. La convocation du conseil est de droit lorsqu'elle est demandée par l'un des ministres chargés de la tutelle de l'établissement ou par un tiers au moins des membres du conseil.

Le président fixe l'ordre du jour où figurent obligatoirement les points ayant fait l'objet d'une demande formulée par un ministre de tutelle ou par un tiers au moins des membres du conseil.

Le conseil siège valablement si au moins la moitié de ses membres sont présents. Dans le cas contraire, une nouvelle séance se tient dans un délai d'un mois sans obligation de quorum.

Les délibérations sont prises à la majorité des membres présents. En cas de partage égal des voix, la voix du président est prépondérante.

Le directeur, l'agent comptable et le contrôleur financier participent, avec voix consultative, aux travaux du conseil d'administration.

Article 6

Le conseil d'administration a pour rôle :

1° De définir la politique d'indemnisation du fonds en fixant les orientations relatives aux procédures, aux conditions de reconnaissance de l'exposition à l'amiante, d'indemnisation et de versement des provisions aux victimes et aux conditions d'action en justice du fonds ;

2° D'adopter le règlement intérieur du fonds ;

3° D'adopter le budget, d'approuver le compte financier du fonds et de délibérer sur les emprunts et les encours maximaux de crédit de trésorerie ;

4° D'approuver le rapport annuel prévu au VII de l'article 53 de la loi du 23 décembre 2000 susvisée qui doit être adressé au Parlement et au Gouvernement avant le 1er juillet ;

5° D'arrêter les offres d'indemnisation proposées aux demandeurs et le montant des provisions à leur verser ;

6° De nommer les membres de la commission mentionnée à l'article 7 ;

7° D'autoriser le directeur à signer la convention de gestion prévue à l'article 9 et d'en contrôler l'application ;

8° D'approuver le formulaire visé à l'article 15 ;

9° D'accepter les dons et legs.

Il peut, en outre, à leur demande ou de sa propre initiative, donner aux ministres chargés de la tutelle du fonds des avis sur toute question relative à l'indemnisation des victimes de l'amiante.

Le conseil d'administration peut donner délégation au directeur pour prendre, dans le cadre des orientations et dans les limites qu'il définit, les décisions mentionnées au 5° ci-dessus. Lorsqu'un dossier individuel est susceptible d'avoir un retentissement particulier ou un impact financier important sur le fonds, le directeur en saisit le conseil d'administration.

A défaut d'approbation expresse déjà notifiée, les délibérations du conseil d'administration sont exécutoires à l'expiration d'un délai de vingt jours à compter de la réception par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget des délibérations et des documents correspondants, à moins que l'un de ces ministres n'y fasse opposition dans ce délai. Lorsque l'une de ces autorités demande par écrit des informations ou des documents complémentaires, le délai est suspendu jusqu'à la production de ces informations ou documents.

Article 7

Une commission d'examen des circonstances de l'exposition à l'amiante est chargée d'examiner les dossiers de demande d'indemnisation dans les cas autres que ceux prévus à la deuxième phrase du quatrième alinéa du III de l'article 53 de la loi du 23 décembre 2000 susvisée et de se prononcer, dans le cadre des orientations définies par le conseil d'administration, sur le lien entre la maladie et l'exposition à l'amiante.

Il est rendu compte de l'activité de la commission lors de chaque séance du conseil d'administration. La commission informe le conseil lorsqu'un dossier est susceptible d'avoir un retentissement particulier.

La commission comprend, outre le président nommé par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale, du garde des sceaux, ministre de la justice, et du ministre chargé du budget :

1° Deux personnes ayant des connaissances particulières dans l'appréciation du risque lié à l'exposition à l'amiante ;

2° Deux médecins spécialistes ou compétents en pneumologie ou en médecine du travail possédant des connaissances particulières dans le domaine des pneumoconioses.

Les membres de la commission ont, chacun, un suppléant désigné dans les mêmes conditions que le titulaire.

Les membres de la commission sont nommés par le conseil d'administration pour une période de trois ans renouvelables. En cas de vacance, un remplaçant est nommé dans les mêmes conditions que son prédécesseur pour la durée du mandat restant à courir.

Le directeur du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante ou son représentant et, le cas échéant, un représentant du fonds de garantie contre les accidents de circulation et de chasse assistent, en tant que de besoin, aux séances de la commission avec voix consultative.

Les décisions sont prises à la majorité des membres présents. En cas de partage égal des voix, la voix du président est prépondérante.

Une indemnité de fonction est attribuée aux membres de la commission d'examen des circonstances de l'exposition à l'amiante ; son montant est fixé par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget. Les membres suppléants reçoivent une indemnité forfaitaire, dont le montant est fixé par le même arrêté, pour chaque réunion à laquelle ils suppléent les membres titulaires.

Article 8

Le directeur du fonds est nommé par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget pris après avis du président du conseil d'administration.

Il exerce toutes les compétences qui ne sont pas attribuées à une autre autorité, et notamment :

1° Il prépare et exécute les délibérations du conseil d'administration, auquel il rend compte de sa gestion ;

2° Il prépare le budget et l'exécute ;

3° Il est l'ordonnateur des dépenses et des recettes du fonds ;

4° Il recrute le personnel de l'établissement ;

5° Il exerce l'autorité hiérarchique sur le personnel ;

6° Il représente l'établissement en justice et dans tous les actes de la vie civile ;

7° Il conclut les marchés publics et les contrats ;

8° Il prépare et présente au conseil d'administration le projet de rapport annuel prévu au VII de l'article 53 de la loi du 23 décembre 2000 susvisée ;

9° Il prépare la convention prévue à l'article 9 et la signe après y avoir été autorisé par le conseil d'administration dans les conditions prévues au 7° de l'article 6 ; il informe à chaque séance le conseil d'administration de l'exécution de la convention mentionnée à l'article 9.

Le directeur informe à chaque séance le conseil d'administration des modalités d'indemnisation, de l'état des procédures et du suivi des dossiers et des actions récursoires prévues au VI de l'article 53 de la loi du 23 décembre 2000 susvisée.

Le directeur peut déléguer sa signature dans les conditions prévues par le règlement intérieur du fonds.

Article 9

Sans préjudice des compétences exercées par le conseil d'administration, le directeur et l'agent comptable par application du présent décret, une convention de gestion peut être conclue à titre transitoire avec le fonds de garantie contre les accidents de circulation et de chasse institué par l'article L. 421-1 du code des assurances afin de lui confier, pour une durée d'un an, l'instruction des dossiers de demandes, la préparation des offres et toute autre mission notamment d'assistance juridique au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante.

Cette convention précise notamment les procédures et les délais de traitement des demandes par le fonds de garantie contre les accidents de circulation et de chasse, les conditions dans lesquelles ce fonds transmet au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante toute information utile à l'exercice de sa mission, notamment d'ordre financier, statistique et comptable, les conditions de rémunération des prestations du fonds de garantie contre les accidents de circulation et de chasse et les sanctions applicables en cas de non-respect des dispositions contractuelles.

Le directeur général du fonds de garantie contre les accidents de circulation et de chasse ou son représentant peut, le cas échéant, assister, avec voix consultative, aux séances du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante.

Article 10

Les opérations financières et comptables de l'établissement sont effectuées conformément aux dispositions des décrets du 10 décembre 1953 et du 29 décembre 1962 susvisés. Les disponibilités de l'établissement sont déposées auprès d'un comptable du Trésor.

L'agent comptable du fonds est nommé par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

Des régies de recettes et d'avances peuvent être instituées conformément aux dispositions du décret du 20 juillet 1992 susvisé.

Le fonds est soumis au contrôle financier dans les conditions prévues par le décret du 25 octobre 1935 susvisé.

Article 11

Les disponibilités excédant les besoins de trésorerie du fonds peuvent faire l'objet de placements en valeurs d'Etat et en valeurs garanties par l'Etat dans les conditions fixées par le ministre chargé de l'économie.

Article 12

Les dépenses du fonds comprennent :

1° Les indemnités et provisions versées au titre des préjudices pris en charge ;

2° Les frais de fonctionnement du fonds ;

3° Les frais de toute nature relatifs aux enquêtes et expertises mentionnées à l'article 18 ;

4° Les frais financiers, les remboursements et intérêts d'emprunts ;

5° Les frais exposés, le cas échéant, par le fonds de garantie contre les accidents de circulation et de chasse visés à l'article 9.

Article 13

Les recettes du fonds comprennent :

1° Les contributions mentionnées au VII de l'article 53 de la loi du 23 décembre 2000 susvisée ;

2° Les sommes perçues en application du VI de l'article 53 précité ;

3° Les produits des placements ;

4° Les emprunts ;

5° Les dons et legs ;

6° Toutes autres recettes autorisées par les lois et règlements.

Article 14

Les modalités et la périodicité des versements des contributions mentionnées au VII de l'article 53 de la loi du 23 décembre 2000 susvisée sont déterminées par des conventions signées, respectivement, entre :

1° Le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante et l'Etat ;

2° Le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

Chapitre II : Dispositions relatives à la procédure d'indemnisation des victimes de l'amiante et aux décisions du fonds.

Article 15

I. - La demande d'indemnisation est présentée au fonds au moyen d'un formulaire conforme au modèle approuvé par le conseil d'administration ; elle est accompagnée des pièces justificatives qui y sont précisées, notamment d'un certificat médical attestant la maladie et de tous documents de nature à établir la réalité de l'exposition à l'amiante.

Toutefois, lorsque la maladie en conséquence de laquelle est présentée la demande d'indemnisation figure sur la liste établie en application de la deuxième phrase du quatrième alinéa du III de l'article 53 de la loi du 23 décembre 2000 susvisée, le demandeur est dispensé de produire les documents établissant l'exposition à l'amiante et présente seulement un certificat médical attestant cette maladie, établi par un médecin spécialiste ou compétent en pneumologie ou en oncologie.

II. - Le demandeur précise si le préjudice est susceptible ou non d'avoir une origine professionnelle et, dans l'affirmative, produit, en sus des pièces justificatives prévues au I ci-dessus, un certificat médical attestant le lien possible entre l'affection et l'activité professionnelle.

III. - Par dérogation aux dispositions ci-dessus, lorsque l'origine professionnelle de la maladie a été reconnue, le demandeur joint seulement au formulaire la décision de la caisse primaire d'assurance maladie ou de l'organisation spéciale de sécurité sociale.

IV. - Le fonds accuse réception du dossier.

Au cas où il manque des pièces, le fonds invite, dans un délai de quinze jours, le demandeur à compléter son dossier. Dans ce cas, le délai prévu au premier alinéa du IV de l'article 53 de la loi du 23 décembre 2000 susvisée court à compter de la réception par le fonds des pièces demandées.

Article 16

Lorsque, au vu des pièces justificatives, il apparaît que la maladie est susceptible d'avoir une origine professionnelle, le fonds saisit la caisse ou l'organisation spéciale de sécurité sociale compétente. Il lui transmet le dossier par envoi recommandé avec demande d'avis de réception ; le dossier doit comprendre notamment un certificat médical attestant le lien possible entre la maladie et l'exposition à l'amiante au titre d'une activité professionnelle.

Si, en raison de la complexité du dossier, une enquête complémentaire est nécessaire, la caisse ou l'organisation spéciale de sécurité sociale en avise le demandeur et le fonds.

Elle notifie sa décision au demandeur et informe le fonds de cette décision par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. En cas de reconnaissance d'une maladie professionnelle, elle avise le fonds de l'évaluation de l'indemnisation accordée et des modalités de celle-ci, ainsi que, le cas échéant, de toute nouvelle fixation du montant des réparations.

Article 17

Lorsque le lien entre la maladie et l'exposition à l'amiante n'est pas présumé établi en application de la deuxième phrase du quatrième alinéa du III de l'article 53 de la loi du 23 décembre 2000 susvisée, le dossier est transmis à la commission d'examen des circonstances de l'exposition à l'amiante.

Le demandeur est avisé de la date à laquelle la commission se réunira pour examiner les circonstances de l'exposition à l'amiante qu'il a subie.

La commission peut décider de procéder à l'audition du demandeur et celui-ci peut se faire assister ou représenter par une personne de son choix.

Article 18

Les frais de toute nature relatifs aux enquêtes et expertises nécessaires à l'instruction des demandes d'indemnisation sont à la charge du fonds.

Article 19

Lorsque le fonds recourt à une expertise médicale, le demandeur est convoqué, quinze jours au moins avant la date de l'examen, et informé de l'identité et des titres du médecin chargé d'y procéder, de l'objet, de la date et du lieu de l'examen. Il peut se faire assister d'un médecin de son choix.

Les frais de déplacement du demandeur et sa perte de salaire ou de gain sont à la charge du fonds.

Le rapport du médecin chargé de l'examen du demandeur doit être adressé dans les vingt jours au fonds, au demandeur par l'intermédiaire du médecin qu'il désigne et, le cas échéant, au médecin qui l'a assisté.

Article 20

Le demandeur ou son représentant est informé, à sa demande, de l'état de la procédure. S'il est reçu par le directeur du fonds ou son représentant, il peut se faire assister par une personne de son choix.

Article 21

Toute personne physique ou morale détenant des informations, notamment de caractère médical, de nature à éclairer le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, et le cas échéant le fonds de garantie contre les accidents de circulation et de chasse en application de la convention de gestion, sur les demandes d'indemnisation dont il est saisi, est tenue, en application du III de l'article 53 de la loi du 23 décembre 2000 susvisée, de transmettre ces informations au fonds, et le cas échéant au fonds de garantie contre les accidents, sur demande de celui-ci.

Sous réserve des dispositions prévues au deuxième alinéa de l'article 29 ci-dessous, ces informations ne sont communicables qu'au demandeur.

Le fonds reçoit et transmet les informations de caractère médical par l'intermédiaire d'un médecin qu'il mandate à cet effet.

Si le demandeur sollicite des informations de caractère médical, elles lui sont communiquées par l'intermédiaire du médecin qu'il désigne.

Article 22

L'offre d'indemnisation est notifiée par le directeur du fonds au demandeur par lettre recommandée avec demande d'avis de réception ; elle est accompagnée, le cas échéant, de la copie des décomptes produits par les personnes ou organismes débiteurs des prestations ou indemnités mentionnées au premier alinéa du IV de l'article 53 de la loi du 23 décembre 2000 susvisée.

Si les conditions d'indemnisation ne sont pas réunies, le fonds en fait part au demandeur par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, en lui en indiquant les motifs, et en joignant l'avis de la commission d'examen des circonstances de l'exposition à l'amiante lorsqu'il a été recueilli.

La notification indique les délais et voies de recours contre les décisions du fonds.

Article 23

Le demandeur fait connaître au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante par lettre recommandée avec demande d'avis de réception s'il accepte ou non l'offre d'indemnisation qui lui est faite.

Lorsque le demandeur accepte l'offre, le fonds dispose d'un délai de deux mois pour verser la somme correspondante.

Chapitre III : Dispositions relatives aux actions intentées contre le fonds d'indemnisation devant les cours d'appel.

Article 24

Les actions contre les décisions du fonds sont exercées devant la cour d'appel dans le ressort de laquelle est situé le domicile du demandeur et, à défaut de domicile en France, devant la cour d'appel de Paris.

Article 25

Le délai pour agir devant la cour d'appel est 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.

Si, à l'expiration du délai prévu au IV de l'article 53 de la loi du 23 décembre 2000 susvisée, le demandeur n'a pas reçu notification de la décision du fonds, sa demande doit être considérée comme rejetée et le délai imparti pour saisir la cour d'appel court du jour où intervient cette décision implicite de rejet.

Article 26

Par dérogation aux dispositions du titre VI du livre II du nouveau code de procédure civile, les actions intentées devant la cour d'appel sont engagées, instruites et jugées conformément aux dispositions ci-après.

Article 27

La demande est formée par déclaration écrite remise en double exemplaire contre récépissé au greffe de la cour d'appel ou adressée à ce même greffe par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

La déclaration doit indiquer les nom, prénom et adresse du demandeur et préciser l'objet de la demande.

Lorsque la déclaration ne contient pas l'exposé des motifs invoqués, le demandeur doit déposer cet exposé au greffe dans le mois qui suit le dépôt de la déclaration, à peine d'irrecevabilité de la demande.

Article 28

produits. Les pièces et documents sont remis au greffe de la cour d'appel en même temps que la déclaration ou l'exposé des motifs. Copie de l'offre d'indemnisation ou du rejet de la demande est jointe à la déclaration.

Article 29

Dès l'accomplissement des formalités par le demandeur, le greffe de la cour d'appel adresse au fonds par lettre recommandée avec demande d'avis de réception copie de la déclaration et, le cas échéant, de l'exposé des motifs prévu à l'article 27.

Dans le mois de cette notification, le fonds transmet le dossier au greffe de la cour d'appel.

Article 30

Le premier président de la cour d'appel ou son délégué fixe les délais dans lesquels les parties à l'instance doivent se communiquer leurs observations écrites et en déposer copie au greffe de la cour. Il fixe également la date des débats.

Le greffe notifie ces délais aux parties et les convoque à l'audience prévue pour les débats par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Le premier président saisi à cet effet peut accorder une provision en tout état de la procédure, lorsque les conditions de l'indemnisation lui apparaissent réunies, mais que l'offre n'a pas été acceptée en raison de son montant.

Article 31

Les dépens de la procédure restent à la charge du fonds.

Les parties ont la faculté de se faire assister par un avocat ou représenter par un avoué près la cour d'appel.

Les parties peuvent présenter des observations sur papier libre, celles du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante étant rédigées en double exemplaire dont l'un est remis ou adressé au demandeur et l'autre au greffe de la cour d'appel.

Article 32

Les notifications entre parties sont faites par lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou par notification directe entre les avocats ou les avoués.

Article 33

Le greffe notifie les arrêts de la cour d'appel par lettre recommandée avec demande d'avis de réception aux parties à l'instance, à leurs avocats et s'il y a lieu aux avoués.

Article 34

Les notifications prévues par lettre recommandée avec demande d'avis de réception aux articles 27, 28, 29, 30, 32 et 33 peuvent également être faites par tout autre mode de notification écrite, contre récépissé.

Article 35

Le pourvoi contre les arrêts de la cour d'appel est dispensé du ministère d'avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de cassation.

Chapitre IV : Dispositions relatives aux actions subrogatoires intentées par le fonds.

Article 36

Dès l'acceptation de l'offre par le demandeur, le fonds exerce l'action subrogatoire prévue au VI de l'article 53 de la loi du 23 décembre 2000 susvisée. Il en va de même lorsque l'offre est présentée en cas d'indemnisation complémentaire prévue au deuxième alinéa du IV du même article 53.

Article 37

Les greffes et secrétariats-greffes des juridictions des ordres administratif et judiciaire et les secrétariats des tribunaux des affaires de sécurité sociale adressent au fonds, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, copie des actes de procédure saisissant ceux-ci, à titre initial ou additionnel, de toute demande en justice relative à la réparation des préjudices résultant de l'exposition aux poussières d'amiante.

Article 38

Dans le délai d'un mois à compter de la réception de la lettre mentionnée à l'article 37, le fonds indique au président de la juridiction concernée, par lettre simple, s'il a été ou non saisi d'une demande d'indemnisation ayant le même objet et, dans l'affirmative, l'état d'avancement de la procédure. Il fait en outre savoir s'il entend ou non intervenir à l'instance.

Lorsque la victime a accepté l'offre faite par le fonds, celui-ci adresse au président de la juridiction copie des

documents par lesquels ont eu lieu l'offre et l'acceptation. Le fonds fait connaître le cas échéant l'état de la procédure engagée devant une cour d'appel en application du chapitre III du présent décret et communique, s'il y a lieu, l'arrêt rendu par la cour.

Les parties sont informées par le greffe ou le secrétariat-greffe ou le secrétariat du tribunal des affaires de sécurité sociale des éléments communiqués par le fonds.

Article 39

Copie des décisions rendues en premier ressort et, le cas échéant, en appel, dans les instances auxquelles le fonds n'est pas intervenu est adressée à celui-ci par le greffe ou le secrétariat-greffe ou le secrétariat du tribunal des affaires de sécurité sociale.

Article 40

Les dispositions des articles 37 à 39 sont applicables aux instances en cours à la date d'entrée en vigueur du présent décret.

Chapitre V : Dispositions transitoires.

Article 41

Par dérogation aux dispositions de l'article 6, le budget du fonds pour 2001 est établi par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

Article 42

Lorsque les demandes d'indemnisation, en cours d'instruction à la date de publication du présent décret, devant les commissions instituées par l'article 706-4 du code de procédure pénale sont, en application du IX de l'article 53 de la loi du 23 décembre 2000 susvisée, transmises au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, celui-ci en avise le demandeur par lettre recommandée avec demande d'avis de réception et l'invite à confirmer sa demande par écrit. Il est accusé réception de la demande. Le délai fixé au IV de l'article 53 de la loi du 23 décembre 2000 susvisée court à compter de la date de la confirmation de la demande.

Art. 43.

Le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, la ministre de l'emploi et de la solidarité, la garde des sceaux, ministre de la justice, le ministre délégué à la santé et la secrétaire d'Etat au budget sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Lionel Jospin

Par le Premier ministre :

La ministre de l'emploi et de la solidarité,

Elisabeth Guigou

Le ministre de l'économie,

des finances et de l'industrie,

Laurent Fabius

La garde des sceaux, ministre de la justice,

Marylise Lebranchu

Le ministre délégué à la santé,

Bernard Kouchner

La secrétaire d'Etat au budget,

Florence Parly

Arrêté du 5 mai 2002 fixant la liste des maladies dont le constat vaut justification de l'exposition à l'amiante au regard des dispositions de l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 instituant le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

NOR: MESS0221553A

La ministre de l'emploi et de la solidarité,

Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001, notamment le quatrième alinéa du III ;

Vu le décret n° 2001-963 du 23 octobre 2001 relatif au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante institué par l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 ;

Vu la saisine de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 22 avril 2002,

Arrête :

Article 1

La liste des maladies valant justification de l'exposition à l'amiante en application de la seconde phrase du quatrième alinéa du III de l'article 53 de la loi du 23 décembre 2000 susvisée est fixée comme suit :

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

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

Article 2

Le directeur de la sécurité sociale et le directeur des relations du travail sont chargés, chacun en ce qui concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 5 mai 2002.

Élisabeth Guigou

ANNEXE 2

Budget FIVA 2003

TABLEAU 1 - EPA : RECAPITULATION - COMPTE DE RESULTAT PREVISIONNEL

BP 2002 de l'établissement

Compte de résultat prévisionnel

DEPENSES	BP 2003	estimation 2002	RECETTES	BP 2003	estimation 2002
Charges de personnel	**1 876 466**	**69 871**	**Subventions d'exploitation (C. 74)**	**334 000 000**	**552 620 925**
C 64 : charges de personnel	1 666 831	65 054	*subvention de fonctionnement versée par l'Etat*	40 000 000	38 110 000
C 631, 632 et 633 : impôts et versements assimilés sur rémunérations	191 057	4 817	*contribution assurance maladie*	294 000 000	514 510 925
C 069 : crédits à répartir personnel	18 579				
Autres charges	**762 347 181**	**14 051 856**	**Autres ressources**	**0**	**0**
C 60 : achats	50 500	1 522	*C 70 : ventes produits prestations de services, marchandises*		
C 61 : services extérieurs	326 392	2 146	*C 71 : production stockée*		
C 62 : autres services extérieurs	5 643 297	1 018 384	*C 72 : production immobilisée*		
C 635 et 637 : autres impôts et taxes	50 640				
C 657 : autres charges de gestion courante	756 096 924	13 029 804	*C 75 : autres produits de gestion courante*		
C 66 : charges financières			*C 76 : produits financiers*		
C 67 : charges exceptionnelles			*C 77 : produits exceptionnels*		
dont valeur nette comptable des actifs cédés (C 675)			*dont produits de cession d'éléments d'actifs (C 775)*		
			dont neutralisation des amortissements (C 776)		
			dont quote-part des subventions d'inv.rapportées au CR (C 777)		
C 68 : dotation aux amortissements et provisions	179 428		*C 78 : reprises sur amortissements et provisions*		
C 69 : impôts sur les bénéfices et assimilés			*C 79 : transferts de charges*		
Dépenses présentées par fonction **(a)**			*Recettes présentées par fonction* **(a)**		
C 069 : crédits à répartir fonctionnement					
TOTAL DES DEPENSES DU COMPTE DE RESULTAT PREVISIONNEL (1)	**764 223 647**	**14 121 727**	**TOTAL DES RECETTES DU COMPTE DE RESULTAT PREVISIONNEL (2)**	**334 000 000**	**552 620 925**
RESULTAT PREVISIONNEL : bénéfice (3) = (2) - (1)	**0**	**538 499 197**	***RESULTAT PREVISIONNEL : perte (4) = (1) - (2)***	**430 223 647**	**0**
TOTAL EQUILIBRE DU COMPTE DE RESULTAT PREVISIONNEL (1) + (3) = (2) + (4)	**764 223 647**	**552 620 925**	**TOTAL EQUILIBRE DU COMPTE DE RESULTAT PREVISIONNEL (1) + (3) = (2) + (4)**	**764 223 647**	**552 620 925**

Calcul de la capacité d'autofinancement (CAF) (*)

Résultat prévisionnel de l'exercice (3) ou (4)	-430 223 647	538 499 197
+ dotations aux amortissements et provisions (C 68)	179 428	0
- reprises sur amortissements et provisions (C 78)	0	0
- neutralisation des amortissements (C 776)	0	0
- quote-part des subventions d'investissement rapportées au compte de résultat (C 777)	0	0
+ valeur nette comptable des éléments d'actifs cédés (C 675)	0	0
- produits de cession d'éléments d'actifs (C 775)	0	0
= CAF (**)	**-430 044 219**	**538 499 197**

(*) Ces données figurent à titre d'information et ne sont pas soumises au vote du conseil d'administration

(**) Le calcul de la CAF fait appel aux notions de produits encaissables et de charges décaissables dont la liste figure dans le compte de résultat détaillé dans le tableau 01 (EPA)

(a) Codes budgétaires

ANNEXE 3

Présentation du barème indicatif du FIVA

Fonds d'indemnisation
des victimes de l'amiante
FIVA

Présentation du barème indicatif du FIVA

Quelles sont les personnes susceptibles d'être indemnisées ?

Le FIVA indemnise, selon le principe de la réparation intégrale, l'ensemble des victimes de l'amiante (salariés rattachés aux différents régimes de sécurité sociale, non salariés et victimes environnementales) ainsi que leurs ayants droit.

Qu'est-ce que la réparation intégrale ?

La réparation intégrale est fondée sur l'idée de réparer tout le préjudice subi par la victime afin de la replacer, si possible, dans la situation où elle se serait trouvée si l'acte dommageable n'avait pas eu lieu.

Quels sont les préjudices indemnisés par le barème ?

Conformément aux principes de la réparation intégrale, sont indemnisés :

- les préjudices patrimoniaux (ou économiques) : il s'agit de l'indemnisation de l'incapacité fonctionnelle (taux d'incapacité à apprécier suivant un barème médical), du préjudice professionnel (perte de gains) et de tous les frais qui résultent de la pathologie restant à la charge de la victime (frais de soins, autres frais supplémentaires tels que tierce personne, aménagement du véhicule et du logement, etc) ;
- les préjudices extrapatrimoniaux (ou personnels) : préjudice moral et physique, préjudice d'agrément, préjudice esthétique.

Pourquoi un barème est-il nécessaire ?

Le barème indicatif d'indemnisation permet de garantir **l'égalité de traitement des demandeurs** sur l'ensemble du territoire et d'assurer la cohérence dans la prise en compte des différents préjudices.

Pourquoi le barème n'est-il qu'indicatif ?

En réparation intégrale, il est nécessaire de prendre en compte de manière spécifique les préjudices de chaque victime. Ainsi une offre d'indemnisation ne peut se fonder sur la seule application d'un barème. Il faut procéder à une analyse de la situation de la victime, de l'importance de ses préjudices non seulement économiques mais aussi personnels. C'est la raison du caractère indicatif du barème du FIVA.

Quels sont les deux critères principaux pris en compte dans la construction du barème ?

Deux critères objectifs sont pris en compte de manière déterminante pour établir la valeur de référence de l'indemnisation qui peut ensuite faire l'objet d'une adaptation en fonction de la situation individuelle :

- le premier critère d'indemnisation est la pathologie et son degré de gravité mesuré suivant un barème médical d'incapacité ;
- le deuxième critère d'indemnisation est l'âge de la victime au moment de la constatation du dommage (certificat médical initial établi par le médecin concernant une pathologie liée à l'amiante).

L'indemnisation des préjudices patrimoniaux

Il s'agit de l'indemnisation de l'incapacité fonctionnelle (taux d'incapacité à apprécier suivant un barème médical), du préjudice professionnel (perte de gains) et de tous les frais qui résultent de la pathologie (frais de soins restant à la charge de la victime, autres frais supplémentaires (tierce personne, aménagement du véhicule et du logement, etc) à la charge de la victime) ;

Quelles sont les modalités de détermination des préjudices patrimoniaux (ou économiques) ?

1.1 Evaluation de l'incapacité fonctionnelle

En réparation intégrale, le taux d'incapacité mesure le déficit fonctionnel : réduction du potentiel physique, psycho-sensoriel ou intellectuel résultant d'une atteinte à l'intégrité corporelle d'une personne.

L'indemnisation de l'incapacité fonctionnelle repose sur une approche par point : un barème médical indicatif permet de déterminer le taux d'incapacité (de 0 à 100 %) à laquelle est affectée une valeur de point (en rente ou en capital).

1.1.1 A partir d'un barème médical spécifique

Le barème du FIVA prend en compte les caractéristiques spécifiques des différentes pathologies associées à l'amiante.

Il s'écarte donc tant du barème du régime général de la sécurité sociale qui ne se réfère en aucune manière aux règles d'évaluation suivies par les tribunaux dans l'appréciation des dommages au titre du droit commun (décret n°82-1135 du 23 décembre 1983, principes généraux, alinéa 2) que des différents barèmes utilisés les plus couramment qui sont insuffisamment précis pour décrire les conséquences fonctionnelles des pathologies.

Comme ces différents barèmes, celui du FIVA est indicatif. Il comporte les éléments suivants (voir en annexe le barème médical complet) :

- mesure de l'insuffisance respiratoire selon un barème propre ;
- pour les cancers : le taux d'incapacité accordé d'emblée est de 100 % ; il peut faire l'objet d'une réévaluation, notamment après opération ;
- pour les fibroses : un taux de base est défini. Il est de 5 % pour les plaques pleurales, de 8 % pour les épaississements pleuraux et de 10 % pour les asbestoses. En fonction des symptômes et de l'insuffisance respiratoire, un taux supérieur peut être substitué à ce taux de base.

1.1.2 Quel est le montant de l'indemnisation de l'incapacité ?

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. Pour une incapacité de 100 %, la rente est de 16.000 euros par an.

Taux d'incapacité	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50
Rente FIVA	400	842	1 326	1 853	2 421	3 032	3 684	4 379	5 116	5 895

Taux d'incapacité	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
Rente FIVA	6 716	7 579	8 484	9 432	10 421	11 453	12 526	13 642	14 800	16 000

Le principe est le versement d'une rente dès lors que la rente annuelle versée par le FIVA est supérieure à 500 euros.

Dans le cas d'un versement par rente et d'un décès 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).

1.2 Les autres préjudices patrimoniaux pris en compte sont :

- le préjudice professionnel(perte de gains) ;
- les frais de soins restant à la charge de la victime ;
- les autres frais supplémentaires (tierce personne, aménagement du véhicule et du logement, etc) à la charge de la victime.

1.3 Articulation avec les indemnités versées par d'autres organismes, notamment la sécurité sociale

Conformément à la loi, les indemnités déjà versées par d'autres organismes (sécurité sociale, mutuelles, employeur, ...) pour la réparation des mêmes préjudices restent acquise 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.

1.4 Table de capitalisation

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%).

L'indemnisation des préjudices extra patrimoniaux

Il s'agit de l'indemnisation du préjudice moral et physique, du préjudice d'agrément et du préjudice esthétique.

Quelles sont les modalités de détermination des préjudices extrapatrimoniaux (ou personnels) ?

L'indemnisation des préjudices extrapatrimoniaux est fonction de la gravité de la pathologie (mesurée principalement suivant le taux d'incapacité tel qu'il résulte du barème médical du FIVA) et de l'âge (en fonction de la variation de l'euro de rente – voir ci-après différents exemples) :

- **Préjudice moral :** 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 ;

- **Préjudice physique (douleur) :** le barème définit une valeur de référence suivant la gravité de la pathologie. L'indemnisation peut être modulée autour de cette valeur en fonction de l'état pathologique de la personne. 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.

- **Préjudice d'agrément :** les principes sont les mêmes que pour le préjudice physique. La modulation est fonction du retentissement de la pathologie sur les activités pratiquées.

- **Préjudice esthétique :** au cas par cas en fonction des constatations médicales (amaigrissement extrême, cicatrices, recours à un appareillage respiratoire, modification cutanée ou déformation thoracique).

Quelques exemples d'indemnisation :

A titre d'exemples[2], les valeurs de référence suivantes peuvent être données :

- s'agissant d'une **plaque pleurale** (fibrose de la plèvre) pour une incapacité de 5 % (taux minimum de base), l'indemnisation totale est égale à 22.000 euros à 60 ans :

Valeur centrale	45	50	55	60	65	70	75	80	85
Incapacité	7 733	7 174	6 556	5 871	5 130	4 337	3 508	2 677	1 931
Extra patrimonial	20 995	19 479	17 800	15 940	13 929	11 776	9 526	7 269	5 242
Total	29 000	27 000	24 000	22 000	19 000	16 000	13 000	10 000	8 000
FF	190 228	177 108	157 430	144 311	124 632	104 953	85 274	65 596	52 477

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

- s'agissant d'une **asbestose** (fibrose du poumon) pour une incapacité de 10 % (taux minimum de base), l'indemnisation globale est égale à 30.000 euros à 60 ans :

Valeur centrale	45	50	55	60	65	70	75	80	85
Montant capitalisé de la rente annuelle servie à la victime	16 280	15 104	13 802	12 360	10 801	9 131	7 386	5 636	4 065
Extra patrimonial	22 764	21 120	19 300	17 283	15 103	12 768	10 328	7 881	5 684
Total	39 000	36 000	33 000	30 000	26 000	22 000	18 000	14 000	10 000
FF	255 823	236 145	216 466	196 787	170 549	144 311	118 072	91 834	65 596

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

- pour les **mésothéliomes et les cancers graves**, la victime perçoit une rente d'incapacité de 16.000 euros par an ainsi que l'indemnisation des préjudices extrapatrimoniaux (exemple : 114.000 euros à 60 ans). En cas de décès, la rente fait l'objet d'une réversion 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) :

Valeur centrale	45	50	55	60	65	70	75	80	85
Extra patrimonial	150 000	139 000	127 000	114 000	100 000	84 200	68 200	52 000	37 500
Rente victime	32 000	32 000	32 000	32 000	32 000	32 000	32 000	32 000	32 000
Montant capitalisé de la rente annuelle servie à l'ayant-droit sur la base d'une réversion de 55 %	170 122	157 837	144 232	129 158	112 869	95 418	77 185	58 898	42 478
Total indemnisation	352 122	328 837	303 232	275 158	244 869	211 618	177 385	142 898	111 978
FF (arrondi)	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

[2] Les montants cités ne portent que sur l'indemnisation de l'incapacité et les préjudices extrapatrimoniaux (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.

- pour les cas de 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-dessus) :

Valeur centrale	45	50	55	60	65	70	75	80	85
Préjudice moral	35 503	32 939	30 100	26 954	23 555	19 913	16 108	12 292	8 865
Préjudice physique et d'agrément (fourchette)	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
Préjudice extrapatrimoniaux (fourchette)	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	60 295	60 295	60 295	60 295	60 295	60 295	60 295	60 295	60 295
Total indemnisation (fourchette et hors IPP après 5 ans) borne haute	99 336 à 125 226	96 517 à 120 537	93 395 à 115 345	89 935 à 109 591	86 197 à 103 374	82 192 à 96 714	78 008 à 89 754	73 811 à 82 775	70 043 à 76 507
FF	651 600 à 821 400	633 100 à 790 700	612 600 à 756 600	589 900 à 718 900	565 400 à 678 100	539 100 à 634 400	511 700 à 588 800	484 200 à 543 000	459 500 à 501 900

En cas de préjudice esthétique, (amaigrissement extrême, cicatrices, recours à un appareillage respiratoire, modification cutanée ou déformation thoracique) l'indemnisation est fonction du préjudice subi et peut varier entre 500 euros et 8 000 euros (sauf dossier particulier).

L'indemnisation peut-elle être révisée ?

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.

Quels sont les principes d'indemnisation des ayants-droit en cas de décès de la victime ?

Qui sont les ayants-droit ?

La notion d'ayant droit au sens qui lui est donné en réparation intégrale repose sur la proximité affective. Ainsi si les ayants droit 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).

Quels sont les préjudices indemnisés par le barème concernant les ayants-droit ?

Sont pris en compte :

- le préjudice économique subi du fait du décès de la victime (qui comprend, comme indiqué ci-dessus, la réversion partielle de la rente d'incapacité de la victime) ;
- le préjudice moral de l'ayant droit (lié au décès et à l'accompagnement de la victime).

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

Comment est calculé le préjudice économique des ayants droit ?

Le préjudice économique des ayants droit est calculé par comparaison des revenus du ménage avant et après le décès de façon à compenser la perte de revenu des proches.

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 :

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 %

Quelles sont les indemnisations concernant le préjudice moral des ayants droit ?

	Préjudice lié au décès	Préjudice lié à l'accompagnement	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

Que se passe-t-il si la victime est décédée et n'a pas été indemnisée par le FIVA ?

L'intégralité de ses droits à indemnisation est transmise à ses héritiers.

A quel moment les demandeurs seront-ils indemnisés ?

A compter de la transmission d'un dossier complet, le FIVA dispose de 6 mois pour faire une offre d'indemnisation. Ce délai est de 9 mois pour les dossiers déposés en 2002 (ainsi les premières indemnisations déposées en juillet 2002 devront faire l'objet d'une offre avant avril 2003).

Quelle est la procédure d'indemnisation ?

Les notices d'information établies par le FIVA expliquent la procédure de demande d'indemnisation.

Ce document ne présente que des principes d'ordre général. Son contenu est sans préjudice de l'examen individualisé de chaque dossier d'indemnisation.

Fonds d'indemnisation
des victimes de l'amiante
FIVA

Annexe : Barème médical du FIVA

Le barème du FIVA prend en compte les caractéristiques spécifiques des différentes pathologies associées à l'amiante.

Il s'écarte donc tant du barème du régime général de la sécurité sociale qui ne se réfère en aucune manière aux règles d'évaluation suivies par les tribunaux dans l'appréciation des dommages au titre du droit commun (décret n°82-1135 du 23 décembre 1983, principes généraux, alinéa 2) que des différents barèmes utilisés les plus couramment qui sont insuffisamment précis pour décrire les conséquences fonctionnelles des pathologies.

Comme ces différents barèmes, celui du FIVA est indicatif. Il comporte les éléments suivants :

- mesure de l'insuffisance respiratoire selon le barème figurant ci-après ;
- pour les 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 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 ;
- pour les fibroses : taux de base de 5 % (plaques pleurales), 8 % (épaississements pleuraux) et 10 % (asbestose). En fonction des symptômes et de l'insuffisance respiratoire, un taux supérieur peut être substitué à ce taux de base.

Déficit fonctionnel respiratoire[3]

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/VA[4] compris entre 70 et 80% de la valeur théorique ;
- rapport VEMS/CVL 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[5] comprise entre 70 et 80% de la valeur théorique ;
- VEMS compris entre 70 et 80% de la valeur théorique ;
- DLCO/VA[5] compris 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[5] comprise entre 60 et 70% de la valeur théorique ;
- VEMS compris entre 60 et 70% de la valeur théorique ;
- DLCO/VA[5] 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[5] comprise entre 50 et 60% de la valeur théorique ;
- VEMS compris entre 50 et 60% de la valeur théorique ;
- PaO_2[6] de repos 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[5] inférieure à 50% de la valeur théorique ;
- VEMS inférieur à 50% de la valeur théorique ;
- PaO_2[6] de repos inférieure à 60 torr (8 kPa).

a) Les taux d'incapacité attribués pour le déficit fonctionnel sont majorés de 1 à 10 % en fonction des symptômes (douleur thoracique chronique, toux chronique) ;
b) 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 mn ;
c) 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 ;
d) Le taux d'incapacité est de 100% pour les personnes qui sont sous oxygénothérapie en continu.

[3] Les valeurs théoriques (ou valeurs de référence) et les méthodes de mesure sont celles recommandées par l'*European Respiratory Society* en 1993 : *Eur. Respir.* J. 1993; 6 (suppl. 16) ; *Rev. Mal. Respir.* 1994 : 11 (suppl. 3)
[4] Mesurée par la méthode en apnée
[5] Mesurée si possible en pléthysmographie
[6] Mesurée par ponction artérielle en position assise, sans oxygène depuis au moins une demi-heure

Cancers ayant bénéficié d'un traitement chirurgical
Barème d'incapacité à 5 ans

1- 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 bi lobectomie droite :	20 à 40%
- exérèse pulmonaire :	40 à 50%

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.

2- Déficit fonctionnel respiratoire : voir le barème ci-dessus

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.

ANNEXE 4

Décision du Conseil d'administration du 28 mars 2003

Fonds d'indemnisation
des victimes de l'amiante
FIVA

Le 31 mars 2003

Décision adoptée par le
Conseil d'Administration du 28 mars 2003

Objet : Définition des orientations relatives aux procédures d'indemnisation - article 6.1.1° du décret du 23 octobre 2001

D'une manière générale, lorsque des documents sont réclamés au demandeur, il est nécessaire de fournir simultanément à ce dernier une explication portant sur la raison de la demande (à quoi la demande sert elle ?) et sur le destinataire (juristes, médecins…).

Fiche 1 :

Le démarrage de l'instruction lorsque les pièces prévues par l'article 15 du décret sont fournies

2.1 Date de départ des délais

L'article 15 du décret du 23 octobre 2001 prévoit la liste des pièces qui sont nécessaires pour permettre le démarrage de l'instruction du dossier et faire courir le délai de 6 mois dans lequel le FIVA doit statuer.

La liste des pièces est énumérée précisément par l'article 15. Il n'est donc pas nécessaire de réclamer, à ce stade, toutes les pièces qui permettront ensuite d'apprécier les préjudices. En revanche, le demandeur doit être informé qu'il pourra être sollicité ultérieurement pour compléter les informations afin de faire une proposition personnalisée d'indemnisation.

A défaut, lorsqu'il manque des pièces pour le démarrage de l'instruction, le Fonds doit dans les 15 jours inviter le demandeur à compléter son dossier.

Il est nécessaire de formaliser le démarrage de l'instruction. A cet égard, le Conseil d'administration souhaite que le FIVA informe par écrit le demandeur de la « date de départ des délais de l'article 53 de la loi du 23 décembre 2000 », qui fait démarrer les délais d'instruction. L'accusé réception prévu par l'alinéa IV de l'article 15 du décret du 23 octobre 2001 devra donc confirmer ce point au demandeur et cette date figurera dans les différentes correspondances du FIVA.

2.2 Liste des documents permettant la recevabilité du dossier et le début de l'instruction

Quatre situations peuvent se rencontrer :
- la maladie est reconnue comme professionnelle (2.2.1) ;
- la maladie est spécifique (2.2.2) ;
- la maladie est spécifique et reconnue comme professionnelle (2.2.3) ;
- la maladie n'est ni reconnue ni spécifique (2.2.4).

En outre, dans les cas 2 et 3, la question de la possibilité d'une origine professionnelle à l'affection se pose.

2.2.1 La recevabilité des dossiers pour lesquels la reconnaissance de maladie professionnelle est acquise

Dans ce cas, l'article 15 précise que « *le demandeur joint seulement au formulaire la décision de la caisse primaire d'assurance maladie ou de l'organisation spéciale de sécurité sociale* ».

a) Le demandeur est une victime

La décision au sens de l'article 15 est, en toute rigueur, une décision de la caisse (ou pour les régimes spéciaux, de l'employeur) reconnaissant l'origine professionnelle d'une pathologie figurant au tableau 30 ou 30 bis.

Dans la plupart des dossiers, ce document est fourni. Toutefois, ce n'est pas le cas dans un certain nombre de dossiers : soit la décision ne mentionne pas le tableau, soit elle n'existe pas.

Dans ces cas, la procédure est la suivante :

	Rejet	Acceptation
La décision de la caisse ne mentionne pas le tableau	Il n'y a que ce document dans le dossier	Un autre document permet de lier la décision au tableau 30 ou 30 bis. Exemple : - la décision mentionne la date de MP et le certificat médical initial mentionnant une pathologie au tableau est fourni ; - le rapport du médecin conseil mentionnant le tableau est fourni.
Il n'y a pas de document de décision explicite	Il n'y a dans le dossier qu'une seule pièce (rapport médical ou le relevé des indemnités servies).	Il y a deux pièces permettant de présumer l'exister d'une décision (implicite) : le rapport médical plus le relevé des indemnités servies.

b) Le demandeur est un ayant droit

La décision au sens de l'article 15 est, en toute rigueur, une décision de la caisse (ou pour les régimes spéciaux de l'employeur) reconnaissant, pour ce qui concerne le préjudice moral des ayants-droit, l'imputation du décès à une pathologie figurant au tableau 30 ou 30 bis.

Toutefois, il peut arriver que
- la décision ne mentionne pas que la pathologie à l'origine du décès figure au tableau 30 ou 30 bis ;
- la décision n'est pas encore intervenue ;
- il n'y a pas de décision mais une rente d'ayant droit est servie.

Ayants droit	Rejet	Acceptation
La décision de la caisse attribuant le décès à la pathologie professionnelle ne mentionne pas le tableau	Il n'y a que ce document dans le dossier	Un autre document permet de lier la décision au tableau 30 ou 30 bis. Exemple : - la victime souffrait d'une pathologie inscrite au tableau **et** il existe un certificat médical, établi par le médecin traitant, attestant du lien entre le décès et la pathologie professionnelle ; - le rapport du médecin conseil mentionnant le tableau est fourni.
La décision de la caisse attribuant le décès à la pathologie professionnelle n'est pas intervenue		Un autre document permet de lier le décès au tableau 30 ou 30 bis. Exemple : - la victime souffrait d'une pathologie inscrite au tableau **et** il existe un certificat médical, établi par le médecin traitant, attestant du lien entre le décès et la pathologie professionnelle ;
La décision de la caisse sur l'imputation du décès n'existe pas	Il n'y a dans le dossier qu'une seule pièce (rapport médical ou le relevé des indemnités servies).	Il y a deux pièces permettant de présumer l'exister d'une décision (implicite) : le rapport médical plus le relevé des indemnités servies aux ayants droit.

Pour ce qui concerne le régime général, un contact préalable aura lieu avec la CPAM.

L'acceptation du dossier permet de faire courir le délai de 6 mois et autorise le versement des provisions. Dans le cas où la décision au sens de l'interprétation retenue de l'article 15 ne serait pas fournie, il appartiendrait au FIVA d'obtenir confirmation de la décision de l'organisme social directement auprès de celui-ci.

2.2.2 La recevabilité des dossiers pour les maladies spécifiques

Dans ce cas, l'article 15 précise que le demandeur « *présente seulement un certificat médical attestant (*la maladie figurant sur la liste établie en application de la deuxième phrase du quatrième alinéa du III de l'article 53 de la loi du 23 décembre 2000*), établi par un médecin spécialiste ou compétent en pneumologie ou en oncologie* ».

- le certificat médical doit être un original ;
- la qualité du signataire : un médecin « *médecin spécialiste ou compétent en pneumologie ou en oncologie* ». Il est donc nécessaire de vérifier la spécialité du signataire ou l'existence d'une compétence éventuellement reconnue ; cette vérification peut être faite en obtenant la liste de ces médecins auprès du conseil national de l'ordre des médecins ;
- que doit mentionner le certificat :
    - il doit caractériser précisément la maladie : le certificat doit affirmer l'existence de la pathologie et non pas émettre un doute sur celle-ci[1] ;

[1] Pour ces situations, le Conseil d'administration a adopté une procédure particulière dans sa séance du 22 novembre 2002.

- pour les plaques pleurales, l'arrêté du 5 mai demande qu'elles soient confirmées par un examen tomodensitométrique. Le certificat doit indiquer que la pathologie est confirmée par un scanner. Le certificat ne mentionnant pas la confirmation par un scanner doit être rejeté sauf si le compte-rendu du scanner est joint ;
- le FIVA peut contrôler la validité du certificat. Dans ce cadre, le médecin du FIVA peut demander au médecin ayant signé le certificat les éléments qui l'ont conduit à poser le diagnostic ; cette vérification permettant de prévenir les risques de certificats falsifiés ou hâtifs ;
- il peut être considéré qu'une lettre hospitalière ou un compte-rendu hospitalier mentionnant le nom du médecin, l'identité du patient et la pathologie de celui qui demande indemnisation vaut certificat d'ouverture de demande d'indemnisation.

L'acceptation du dossier permet de faire courir le délai de 6 mois et autorise le versement des provisions.

2.2.3 La recevabilité des dossiers pour les maladies spécifiques et reconnues comme maladies professionnelles

Dans ce cas, le demandeur peut s'appuyer soit sur le deuxième alinéa du I de l'article 15 soit sur le III du même article. En d'autres termes, il peut choisir de ne fournir que l'un des deux documents exigés pour l'une ou l'autre des deux procédures (le certificat médical ou la décision de la caisse). A ce stade de la procédure, le FIVA ne peut pas lui demander le document qu'il n'a pas fourni et l'analyse du dossier doit être conforme à l'analyse retenue ci-dessus pour le texte qui trouve à s'appliquer.

Il appartient, en revanche, au demandeur de préciser la caisse d'affiliation et d'indiquer s'il perçoit ou a perçu une indemnisation d'un organisme social ; le FIVA pouvant s'adresser parallèlement à l'organisme social.

2.2.4 La recevabilité des dossiers pour les maladies qui ne sont ni spécifiques ni reconnues comme maladies professionnelles

Dans ce cas, le demandeur doit fournir « *un certificat médical attestant la maladie et tous documents de nature à établir la réalité de l'exposition à l'amiante* ».

Il appartient au juriste du FIVA, en liaison avec le médecin expert de la CECEA, de vérifier les documents fournis au regard de la liste établie en annexe 1.

2.2.5 La question de la possibilité d'une reconnaissance comme maladie professionnelle dans les cas 2.2.2 et 2.2.4

Le texte de loi prévoit une obligation pour le fonds de transmettre le dossier à l'organisme concerné « *si la maladie est susceptible d'avoir une origine professionnelle* ». La seule condition posée est « *l'absence de déclaration préalable de la victime* ».

Toutefois, l'article 15 du décret prévoit que « *le demandeur précise si le préjudice est susceptible ou non d'avoir une origine professionnelle et, dans l'affirmative, produit, en sus des pièces justificatives prévues au I ci-dessus, un certificat médical attestant le lien possible entre l'affection et l'activité professionnelle.* » Dès lors, un dossier dans lequel le demandeur indique une origine professionnelle sans fournir le certificat médical ne peut être considéré comme recevable

En tout état de cause, les formulaires seront revus afin de marquer l'exigence pour la victime de fournir un certificat conforme aux dispositions du décret : lorsque la victime indique d'elle-même (article 15.II) que l'exposition est susceptible d'être d'origine professionnelle, le dossier n'est pas recevable tant qu'elle n'a pas fourni le certificat médical conforme aux prescriptions du décret.

Si les déclarations de la victime et/ou des pièces fournies conduisent le FIVA à considérer que la maladie est susceptible d'être d'origine professionnelle, il doit saisir la caisse conformément à l'article 16 du décret pour faire la déclaration de maladie professionnelle. Dans ce cas, il se prononce au vu des pièces justificatives qui lui ont été fournies par la victime ou qu'il a recueillies au cours de l'instruction du dossier, en application notamment de l'article 21 du décret. Il peut saisir la caisse à tout moment dans le délai de 6 mois (sans délai à partir du moment où il a connaissance de la possibilité d'une origine professionnelle) qui est interrompu de ce fait. La déclaration du FIVA doit toutefois être accompagné par une déclaration sur le lien avec l'exposition ; celle-ci peut être effectuée par un médecin du FIVA.

Le cas spécifique où la victime a déjà fait une déclaration de maladie professionnelle fera l'objet d'un examen en groupe de travail.

Fiche 2 :

Les modalités d'évaluation médicale du taux d'incapacité

(voir également la liste des pièces demandées)

Il convient de distinguer les situations où la victime a un taux d'IPP fixé par l'organisme social et les autres cas.

3.1 Les modalités d'évaluation médicale du taux d'incapacité pour les maladies reconnues

Pour les fibroses :

- en deçà de plus du double du taux de base, les médecins du FIVA se limitent à confirmer la cohérence de la décision du médecin conseil au regard des éléments du dossier (la pathologie est inscrite au tableau ou il y a eu une décision du CRRMP ; le barème du régime concerné a été appliqué). En règle générale, et sauf exception dûment motivée, le taux fixé par le médecin conseil sera donc retenu. L'offre faite à la victime est ainsi rédigée : « *Compte tenu des éléments dont le FIVA dispose, et, en particulier, du taux d'incapacité fixé par le médecin conseil et sans qu'il ait été procédé à un réexamen de ce taux, ...* » ;

- au-delà de ce seuil, un réexamen systématique des dossiers est conduit en fonction des pathologies et une proposition est faite par le médecin du FIVA quant à la fixation du taux d'incapacité retenu par le Fonds.

Une information du Conseil sur les décisions du FIVA, notamment celles s'écartant du taux de l'organisme social, est assurée.

3.2 Les modalités d'évaluation médicale du taux d'incapacité pour les maladies non reconnues et non susceptibles de l'être

En dehors de la question de la vérification de l'authenticité du certificat et de sa validation qui a été exposée plus haut, il est nécessaire d'arrêter le taux d'incapacité retenu sur la base du barème du FIVA :

- pour les pathologies non malignes, il faut disposer des éléments permettant de fixer un taux d'IPP (voir annexe 1) : le taux est proposé par le médecin du FIVA sur la base de ces éléments ; la victime peut solliciter un examen médical conformément au barème indicatif adopté par le Conseil ;
- pour les pathologies malignes, le barème indicatif avait initialement prévu un examen médical. Toutefois, le Conseil d'administration décide qu'il ne sera pas procédé à cet examen pour les cancers très graves (mésothéliomes, cancers non opérables).

Fiche 3 :

L'évaluation des préjudices patrimoniaux

En ce qui concerne les préjudices patrimoniaux, en dehors de l'indemnisation de l'incapacité, il appartient aux demandeurs d'indiquer les pertes de revenus subies et les frais engagés. Toutefois, il peut être prévu une lettre leur demandant s'ils ont subi des pertes de revenus ou exposé des frais qui seraient restés à leur charge du fait de leur pathologie et les invitant à produire tous éléments de preuve pertinents. Parallèlement, il appartient au FIVA de se rapprocher des organismes débiteurs des prestations énumérées à l'article 29 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985.

Fiche 4 :

L'évaluation des préjudices extra-patrimoniaux
(voir également la liste des pièces demandées)

Le barème indicatif adopté par le Conseil prévoit que de manière générale la valeur de référence de l'indemnisation soit fonction du taux d'incapacité, tel que déterminé au point précédent. Toutefois, le barème prévoit également la possibilité de variation à l'intérieur de fourchettes pour les préjudices physiques et d'agrément, le directeur a également une possibilité de variation de 20 %, à la baisse ou à la hausse, par rapport aux valeurs de référence hors des fourchettes prévues, enfin, le Conseil d'administration peut, sur saisine du directeur, fixer un niveau d'indemnisation différent de celui prévu par le barème.

Dès lors, la procédure d'indemnisation doit permettre d'étudier l'ensemble des éléments concourant à fixer le niveau d'indemnisation soit en conformité avec le barème soit en s'en écartant s'il y a lieu.

Le premier principe est qu'il appartient au demandeur de justifier ces demandes par tous les moyens de preuve pertinents. Dès lors, les demandes (c'est généralement le cas de celles qui sont présentées par des avocats) peuvent être chiffrées et s'accompagner de différentes pièces (médicales ou reprenant les doléances de la victime). Toutefois, d'autres demandes (c'est généralement le cas de celles qui ne sont pas présentées par des avocats) peuvent ne pas être chiffrées et ne pas s'accompagner de documents explicitant les préjudices de la victime.

L'évaluation des préjudices doit se fonder sur un faisceau d'éléments dont les documents médicaux ne constituent qu'un élément et qui comprend également les doléances des victimes et les attestations fournies.

Un questionnaire ne semblait pas nécessaire pour les cancers très graves (une lettre pouvant inviter dans ce cas les victimes – ou les ayants-droit dans le cadre de l'action successorale - à faire part, si elles le souhaitent, de leurs doléances et à fournir des attestations).

La validation des questionnaires prévus dans les autres cas, un pour les cancers opérés et un pour les fibroses (pleurales et pulmonaires), est renvoyée à une autre séance du Conseil et en tout état de cause, ils ne seront utilisés que pour les dossiers reçus à compter de leur adoption par le Conseil.

Pour les personnes qui ont obtenu une reconnaissance de maladie professionnelle, le Conseil d'administration décide de demander directement au médecin conseil son rapport médical ainsi que les éléments qui y figurent ; le FIVA ne fait pas d'autres demandes à la victime si les éléments contenus dans le rapport sont suffisants.

Fiche 5 :

Les pièces nécessaires pour l'action subrogatoire et, en particulier, pour se prononcer sur la possibilité d'une indemnisation complémentaire liée à la faute inexcusable de l'employeur

Ce point est renvoyé à un groupe de travail portant également sur les orientations relatives aux conditions d'action en justice du fonds.

Fiche 6 :

A qui demande-t-on les pièces médicales ?

Les demandes sont adressées directement à la victime ou à ses ayants droit et il lui appartient de rassembler les éléments d'information exigés.

Ceci n'exclut pas la possibilité pour le FIVA de faire la demande directement au médecin dans certaines circonstances, telles que :

- lorsque le demandeur l'y invite ;
- pour les pathologies très graves (voir liste des pièces demandées) ;
- pour le rapport du médecin conseil (ou du médecin expert pour les régimes spéciaux) en raison de la nature juridique de ce rapport.

PIECES A FOURNIR

(Note d'aide pour les juristes chargés de l'indemnisation)

I - PATHOLOGIES RECONNUES AUX TABLEAUX DES MALADIES PROFESSIONNELLES (régime général, régime agricole, SNCF, EDF, fonctions publiques, régime minier, ...)

I.1 Eléments nécessaires pour faire courir les délais (au sens de l'article 53 de la loi du 23 décembre 2000) : la « décision[2] » de reconnaissance suffit (pour les ayants-droit, décision concernant l'imputabilité du décès). La date de réception fait courir le délai de 6 mois. Si la « décision » ne figure pas dans le dossier, il faut la demander[3] dans un délai de 15 jours ; le délai court à la réception du document. La **date de départ des délais du dossier doit être indiquée dans les correspondances.**

I.2 Eléments nécessaires pour la fixation du taux d'incapacité et l'évaluation des préjudices :

I.2.1 Pour les préjudices patrimoniaux, interroger la victime sur l'existence d'un préjudice professionnel (si oui accompagné des justificatifs) et de restes à charge sur les frais de soins ou d'autres dépenses liées à la pathologie.

I.2.2 Pour l'ensemble des pathologies, demander le rapport médical et technique auprès de la caisse d'assurance maladie.

I.2.3 Les éléments dont la liste figure ci-dessous sont à demander s'ils ne sont pas dans le rapport médical du médecin conseil.

1 - Fibrose interstitielle pulmonaire (MP 30 A dans le régime général) :

Inviter la victime (lettre type) à fournir tous documents et attestations pertinents.

---

[2] Au sens précisé par le Conseil d'administration dans sa séance du 28 mars 2003.

[3] Sauf si la maladie est également une maladie spécifique : dans ce cas, le délai court à compter de la réception du « certificat médical » (voir point II).

- Compte-rendu du scanner thoracique et/ou le diagnostic histologique
- EFR avec courbe débit volume, transfert du CO, gaz du sang au repos et à l'effort si possible de moins d'un an ;
- ECG ou échocardiographie, à partir d'un taux d'IPP fixé à 50%
- Comptes rendus d'hospitalisations ou de consultations spécialisées comportant le protocole thérapeutique (médicamenteux, oxygénothérapie).

2 - Plaques pleurales (MP 30 B dans le régime général) :

Inviter la victime (lettre type) à fournir tous documents et attestations pertinents.

- le scanner thoracique accompagné de son compte rendu
- EFR (comprenant au moins une courbe débit volume), si possible de moins d'un an.

3 - Pleurésies (MP 30 B dans le régime général) :

Inviter la victime (lettre type) à fournir tous documents et attestations pertinents.

- Comptes rendus hospitaliers ou de spécialistes précisant l'évolution de la maladie, les résultats de l'analyse du liquide de ponction et le protocole thérapeutique
- EFR comprenant au moins une courbe débit volume si possible de moins d'un an.

4- Cancer broncho-pulmonaire (MP 30 C ou 30 bis dans le régime général) :

Si la demande d'indemnisation provient d'une victime, le médecin du FIVA demande au médecin ayant pris en charge la maladie de lui indiquer si le traitement est chirurgical :

- Si le traitement est chirurgical :

Comptes rendus hospitaliers (comportant le diagnostic histologique, le bilan d'extension, le bilan préopératoire avec les EFR, les dernières EFR (récentes), la thérapeutique complémentaire (chimiothérapie ou radiothérapie) et s'il y a eu éventuellement une rééducation respiratoire ou des soins palliatifs).

Inviter la victime à fournir tous documents et attestations pertinents.

- Si le traitement n'est pas chirurgical : Pas de pièces complémentaires si le diagnostic date de moins de 5 ans. Inviter la victime (lettre type) à fournir, si elle le souhaite, tous documents et attestations pertinents.

Si la demande provient des ayants-droits, pas de pièces complémentaires.

5 - Mésothéliome pleural, péricardique ou péritonéal (MP 30 D dans le régime général) et autres tumeurs pleurale malignes primitives (MP 30 E dans le régime général) :

Pas de pièces complémentaires
Inviter la victime (voir lettre type) à fournir, si elle le souhaite, tous documents et attestations pertinents.

6 - Autres tumeurs pleurales bénignes (MP 30 E dans le régime général) :

- Comptes rendus hospitaliers ou de spécialistes comportant le diagnostic histologique et le protocole thérapeutique
- EFR récentes (courbe débit volume, gaz du sang)
- Eventuellement EFR d'un bilan pré-opératoire

II- PATHOLOGIES SPECIFIQUES - NON RECONNUES EN MALADIE PROFESSIONNELLE (plaques pleurales, mésothéliome malin, autre tumeur primitive de la plèvre)

II.1 Eléments nécessaires pour faire courir les délais (au sens de l'article 53 de la loi du 23 décembre 2000) : un « certificat[4] » d'un médecin spécialiste ou compétent en pneumologie ou en cancérologie. La date de réception fait courir le délai de 6 mois. Si le « certificat » ne figure pas dans le dossier, il faut la demander[5] dans un délai de 15 jours ; le délai court à la réception du document. La **date de départ des délais du dossier doit être indiquée dans les correspondances**.

II.2 Eléments nécessaires pour la fixation du taux d'incapacité et l'évaluation des préjudices :

II.2.1 Pour les préjudices patrimoniaux, interroger la victime sur l'existence d'un préjudice professionnel (si oui accompagné des justificatifs) et de restes à charge sur les frais de soins ou d'autres dépenses liées à la pathologie.

II.2.2 Pour le taux d'incapacité et les préjudices extrapatrimoniaux

1- Plaques pleurales :

Pour servir la provision, si seul le certificat est présent dans le dossier, le médecin du FIVA demande au praticien qui l'a signé les éléments qui l'ont conduit à ce diagnostic.

Pour l'offre définitive :

- le scanner thoracique ayant permis la réalisation du certificat, accompagné de son compte rendu

[4] Au sens précisé par le Conseil d'administration dans sa séance du 28 mars 2003.
[5] Sauf si la maladie est également une maladie reconnue : dans ce cas, le délai court à compter de la réception de la « décision » de la caisse (voir point I).

- EFR (au moins une courbe débit volume) datant de moins de 1 an. Si non disponible, fournir celles à la disposition de la victime, en indiquant au patient de prendre contact avec son pneumologue traitant pour les refaire, s'il souhaite une indemnisation représentative de sa fonction respiratoire actuelle.

2- Mésothéliome pleural, péricardique ou péritonéal et tumeur pleurale maligne primitive :

Pour servir la provision comme pour l'offre définitive, si seul le certificat est présent dans le dossier, le médecin du FIVA demande au praticien qui l'a signé les éléments qui l'ont conduit à ce diagnostic.

3- Autres tumeurs pleurales primitives bénignes :

Pour servir la provision, si seul le certificat est présent dans le dossier, le médecin du FIVA demande au praticien qui l'a signé les éléments qui l'ont conduit à ce diagnostic.

Pour l'offre définitive :

- Comptes rendus hospitaliers ou de spécialistes précisant le protocole thérapeutique
- Diagnostic histologique
- Eventuellement bilan EFR (préopératoire et récent) comprenant au moins une courbe débit volume et une étude des gaz du sang.

III - PATHOLOGIES NON RECONNUES EN MALADIE PROFESSIONNELLE ET NON SPECIFIQUES

1° Eléments nécessaires pour faire courir les délais (au sens de l'article 53 de la loi du 23 décembre 2000) : il faut 1° un certificat médical attestant la maladie ; 2° tous documents de nature à établir la réalité de l'exposition à l'amiante.

Si ces éléments ne figurent pas dans le dossier, il faut les demander dans un délai de 15 jours ; le délai court à la réception des documents. Dans tous les cas, la date de départ des délais doit être indiquée dans les correspondances.

De manière générale, les éléments pertinents pour établir la réalité de l'exposition à l'amiante sont les suivants :

- Le parcours professionnel depuis la fin de l'école en donnant les emplois avec les dates, les entreprises où ils ont exercé et un descriptif de l'activité ; fournir les certificats de travail, des attestations des collègues de travail ;
- Les différents lieux d'habitation avec les dates ;
- Tout élément permettant d'objectiver l'exposition à l'amiante qu'elle soit d'origine environnementale (à cause d'une entreprise par exemple, dire laquelle, sa localisation par rapport au lieu d'habitation de la victime. Faire un plan) ou domestique (en cas d'exposition du fait de l'activité d'une personne vivant sous

le même toit que soi, sa déclaration en maladie professionnelle, décrire en quoi il y a eu exposition du fait de cette présence).
- Toute attestation sur l'honneur permettant d'établir cette exposition ou autre preuve

2° Eléments médicaux nécessaires pour la Commission d'examen des circonstances d'exposition à l'amiante (CECEA)

1- Pathologie tumorale :

1 - Cancers des voies aériennes supérieures (ou cancer ORL, du larynx, de la cavité buccale, de l'oropharynx, de l'hypopharynx)
2 - Cancers digestifs (Estomac, colon, rectum)
3 - Cancer rénal
4 – Autres cancers

Pour ces situations :
- Compte rendu hospitalier avec le diagnostic histologique, le bilan d'extension et le protocole thérapeutique (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie, autre)
- En cas d'intervention chirurgicale, fournir le compte rendu

2- Epaississement pleural :

- Qu'il accompagne des plaques pleurales ou non, demander systématiquement les images radiologiques (scanner thoracique accompagné de son compte-rendu)
- EFR (Courbe débit volume, Gaz du sang)

3- Fibrose interstitielle pulmonaire :

- Le scanner thoracique et/ou le diagnostic histologique
- EFR avec courbe débit volume, transfert du CO, gaz du sang au repos et à l'effort
- ECG ou échocardiographie si disponible
- Comptes rendus d'hospitalisations ou de consultations spécialisées comportant le protocole thérapeutique (médicamenteux, oxygénothérapie, autre).

3° Eléments nécessaires pour l'évaluation des préjudices :

Idem 2 et pour les préjudices patrimoniaux interroger la victime sur l'existence d'un préjudice professionnel (si oui accompagné des justificatifs) et de restes à charge sur les frais de soins ou d'autres dépenses liées à la pathologie.

ANNEXE 5

Formulaires

FORMULAIRE DE DEMANDE D'INDEMNISATION - VICTIME

VEUILLEZ REMPLIR CE DOCUMENT RECTO ET VERSO, LE DATER, LE SIGNER ET JOINDRE LES PIECES INDIQUEES :

Votre identité

- Nom et prénom :..... ▪ Date de naissance : .....
- Nom de jeune fille :..... ▪ Lieu de naissance : .....
- Adresse :.....
- ☎ :.....

Renseignements sur votre situation

- Nom et adresse de la caisse de **sécurité sociale** dont vous dépendez : ... .

.....

➢ Numéro d'immatriculation : .....

- Nom et adresse de **l'organisme complémentaire** (mutuelle, organisme de prévoyance) auquel vous êtes affilié : .....

.....

➢ Numéro d'affiliation ou d'adhérent:.....

- Votre pathologie est elle reconnue comme **maladie professionnelle** ? ... OUI ❑ NON ❑ Demande en cours ❑
- Votre pathologie n'est pas reconnue mais figure sur la **liste des maladies dont le constat vaut justification de l'exposition à l'amiante : (liste rappelée au verso)**

OUI ❑ NON ❑

- Votre pathologie n'est ni reconnue comme maladie professionnelle ni inscrite sur la liste précitée :OUI ❑

Quelle que soit votre situation, lire le recto de ce document et joindre les pièces nécessaires demandées.

Autres renseignements

- **Avez-vous déjà saisi un tribunal pour être indemnisé ?** ❑ OUI ❑ NON

Si oui, - quel tribunal ? .....

- à quelle date ?.....

- **Avez-vous déjà été indemnisé(e) par un tribunal ou par votre employeur ?** ❑ OUI ❑ NON

Si oui, précisez et fournir les documents concernant cette indemnisation.

- **S'agit-il d'une première demande ? ❑ ou d'une aggravation ? ❑**

- **Demandez-vous le versement d'une provision dans l'attente du règlement définitif de votre dossier ?** ❑ OUI ❑ NON

Veuillez lire le verso de ce document, joindre les documents demandés et complétez, si nécessaire, le questionnaire concernant l'exposition à l'amiante.

Pièces à joindre obligatoirement :

- **1er cas : votre maladie a été reconnue comme maladie professionnelle provoquée par l'amiante** : joindre la copie de la décision de l'organisme de sécurité sociale ayant reconnu l'origine professionnelle de votre maladie au titre de l'amiante ;

  Si vous le souhaitez, joindre le relevé des indemnités perçues et le rapport du médecin conseil. A défaut le FIVA sollicitera directement ces pièces auprès de votre organisme de sécurité sociale.

- **2ème cas : votre maladie n'a pas été reconnue comme maladie professionnelle provoquée par l'amiante mais figure sur la liste des maladies mentionnée ci-dessous :** joindre un certificat médical *(document original)* attestant la maladie, établi par un médecin spécialiste ou compétent en pneumologie ou en oncologie ;

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 péritoine, du péricarde et autres tumeurs pleurales primitives ;
- Plaques calcifiées ou non, péricardiques ou pleurales, unilatérales ou bilatérales, lorsqu'elles sont confirmées par un examen tomodensitométrique.

- **3ème cas : votre maladie n'a pas été pas reconnue comme maladie professionnelle provoquée par l'amiante et ne figure pas sur la liste des maladies rappelée ci-dessus** : joindre un certificat médical *(document original)* attestant la maladie ainsi que tous documents de nature à établir la réalité de l'exposition à l'amiante, professionnelle ou environnementale.

- **Dans les 2 derniers cas, veuillez 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.**

Fait à .....

le.....

Signature :

Les informations recueillies sont nécessaires pour étudier la demande d'indemnisation. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées aux services du FIVA. Conformément à la loi informatique et liberté du 6 janvier 1978, pour bénéficier d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant vous pouvez vous adresser au FIVA, à l'adresse suivante : **F.I.V.A. Tour Gallieni II - 36 avenue du Général de Gaulle - 93175 Bagnolet Cedex.**

FONDS d'INDEMNISATION des VICTIMES de l'AMIANTE

article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000
décret n° 2001-963 du 23 octobre 2001

NOTICE DESTINEE AUX VICTIMES

Le FONDS D'INDEMNISATION est un organisme dont la mission est définie par la loi.

Il a vocation à vous indemniser dans les cas suivants :

- votre maladie est reconnue comme **maladie professionnelle** occasionnée par l'amiante au titre de la législation française de sécurité sociale ou d'un régime assimilé ou la législation applicable aux pensions civiles et militaires d'invalidité,
- votre maladie est une **maladie dont le constat vaut justification de l'exposition à l'amiante** (voir liste figurant au verso du formulaire),
- vous avez été exposé à l'amiante sur le territoire de la République française et le **lien entre votre maladie et l'exposition à l'amiante** est reconnu par le FONDS après examen par la commission d'examen des circonstances de l'exposition à l'amiante.

DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE

La grande majorité des maladies liées à l'amiante est provoquée par des expositions professionnelles. Si votre maladie n'est pas reconnue comme maladie professionnelle, mais si elle est susceptible, au vu des renseignements que vous avez fournis, d'avoir une origine professionnelle, le FONDS transmet directement à votre organisme de sécurité sociale une demande de reconnaissance. Si nécessaire, un questionnaire complémentaire sur les circonstances d'exposition à l'amiante vous est envoyé par le FONDS.

La reconnaissance du caractère professionnel de la maladie n'est pas une condition nécessaire pour être indemnisé par le FONDS. Pour les maladies dont le constat vaut justification d'exposition à l'amiante, (voir verso du formulaire), l'indemnisation par le FONDS est automatique. Cependant la reconnaissance du caractère professionnel de la maladie peut vous donner accès à d'autres droits.

COMMENT SERA TRAITEE VOTRE DEMANDE D'INDEMNISATION ?

Dans les quinze jours de la réception de votre demande d'indemnisation, le FONDS vous adresse un accusé de réception. Il vous indique si votre dossier est recevable et, s'il ne l'est pas, il vous demande les pièces complémentaires. Le cas échéant, il vous adresse un questionnaire sur les circonstances d'exposition à l'amiante, afin d'établir le lien entre votre maladie et l'exposition à l'amiante.

Si le droit à indemnisation est reconnu, le FONDS vous adressera une offre d'indemnisation. Le fonds peut être amené à solliciter des éléments complémentaires d'information afin d'évaluer les préjudices.

Si la nature de votre état nécessite une expertise médicale, le FONDS prend l'initiative de vous faire examiner, à ses frais, par un médecin pour évaluer le préjudice correspondant à votre état de santé. Vous êtes avisé au moins quinze jours avant l'examen médical de la date et du lieu de l'examen, de l'identité et des titres du médecin, de l'objet de l'examen.

Vos frais de déplacement et votre perte de salaire ou de gain sont à la charge du FONDS.

Vous pouvez vous faire assister d'un médecin de votre choix.

Le médecin mandaté par le Fonds vous adresse copie de son rapport dans les vingt jours.

Vous pouvez solliciter auprès de notre médecin, en cas d'empêchement, une autre date d'examen.

A tout moment, le FONDS reste à votre disposition pour apprécier avec vous le meilleur moment de l'expertise médicale.

Le Fonds peut également, dans certains cas, vous demander de passer des examens médicaux. Ceux-ci sont à la charge du Fonds.

DEMANDE DE PROVISION

Lorsque votre maladie est reconnue comme maladie professionnelle ou fait partie des maladies dont le constat vaut justification de l'exposition à l'amiante, telles qu'énumérées au verso du formulaire de demande d'indemnisation, vous pouvez demander au FONDS de vous verser une provision. Il a un mois pour statuer à partir de la réception de votre demande.

QUE CONTIENDRA L'OFFRE D'INDEMNISATION ?

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

Préjudices financiers

- les frais engagés pour vous soigner, restés à votre charge (hospitalisation, chirurgie, pharmacie, rééducation, etc.) ;
- les salaires ou revenus que vous auriez perçus si vous n'aviez pas été malade ; si vous n'exercez pas d'activité rémunérée, des indemnités forfaitaires peuvent vous être allouées ;
- l'incapacité permanente partielle, déterminée par le médecin chargé de vous examiner ou par l'étude du rapport médical établi à la demande de votre organisme social.

Dans tous les cas, sont déduites des montants calculés les sommes payées ou à payer pour l'indemnisation de vos préjudices financiers par les organismes sociaux, employeurs, assureurs…

Préjudices personnels

- les souffrances endurées, physiques et psychiques ;
- les autres préjudices (agrément, esthétique…);

DANS QUEL DELAI INTERVIENDRA L'OFFRE D'INDEMNISATION DU FONDS ?

La loi prévoit que l'offre d'indemnisation doit intervenir dans un délai maximum de six mois à compter de la date à laquelle le FONDS a reçu une demande d'indemnisation.

Lorsque le FONDS transmet une demande de reconnaissance de maladie professionnelle, ce délai est suspendu jusqu'à la date de la décision de la caisse ou de l'organisation spéciale de sécurité sociale. L'organisme doit prendre sa décision dans un délai de trois mois renouvelable une fois. Faute de décision dans ce délai, le FONDS dispose d'un délai de trois mois supplémentaires pour statuer.

QUAND SEREZ-VOUS INDEMNISE PAR LE FONDS ?

Si vous acceptez l'offre, au plus tard deux mois après réception de votre accord, le FONDS vous adresse le règlement.

VOS DROITS DE RECOURS

Si vous refusez l'offre, vous disposez d'un délai de deux mois, à compter de la notification de l'offre, pour introduire une action en justice.

Si aucune offre ne vous est présentée à l'expiration du délai prévu, vous disposez d'un délai de deux mois, à compter de cette date, pour introduire une action en justice.

Si le FONDS vous oppose un refus d'indemnisation, vous disposez d'un délai de deux mois, à compter de la notification de la décision du Fonds, pour introduire une action en justice.

L'action en justice doit être introduite devant la cour d'appel de votre domicile (ou de la cour d'appel de Paris à défaut de domicile en France).

AGGRAVATION DU DOMMAGE

Vous pouvez demander la réparation d'une aggravation de votre état de santé.

Sachez que vous pouvez obtenir, auprès du Fonds, la communication de votre dossier dans les conditions prévues par la loi du 4 mars 2002.

N'HESITEZ PAS A NOUS ADRESSER TOUS RENSEIGNEMENTS UTILES SUR PAPIER LIBRE.

EN CAS DE DIFFICULTES, N'HESITEZ PAS A CONTACTER PAR TELEPHONE LA PERSONNE EN CHARGE DE VOTRE DOSSIER DONT LE NUMERO FIGURE SUR LES LETTRES QUE VOUS ADRESSE LE FONDS.

FORMULAIRE DE DEMANDE D'INDEMNISATION - AYANT DROIT

VEUILLEZ REMPLIR CE DOCUMENT RECTO ET VERSO, LE DATER, LE SIGNER ET JOINDRE LES PIECES INDIQUEES :

Identité du demandeur

- Nom et prénom :..... ▪ Date de naissance : .....
- Nom de jeune fille :..... ▪ Lieu de naissance : .....
- Adresse :
  - ➢ Lien avec la personne décédée (ex : épouse, enfant...): ..... ☎ : .....

Renseignements sur la personne décédée

- Nom et prénom :..... ▪ Date de naissance : .....
- Nom de jeune fille :..... ▪ Lieu de naissance : .....
  - • Date du décès :..... Cause du décès :.....

- Nom et adresse de la caisse de **sécurité sociale** dont elle dépendait : .....
  .....
  - ➢ Numéro d'immatriculation : .....

- Nom et adresse de **l'organisme complémentaire** (mutuelle, organisme de prévoyance) auquel elle était affiliée : .....
  .....
  - ➢ Numéro d'affiliation ou d'adhérent: .....

- La pathologie de la personne décédée a-t-elle été reconnue comme **maladie professionnelle** ? OUI ❑ NON ❑
- La pathologie de la personne décédée figurait elle sur la **liste des maladies dont le constat vaut justification de l'exposition à l'amiante ? (Liste rappelée au verso)** OUI ❑ NON ❑
- La pathologie de la personne décédée n'était ni reconnue comme maladie professionnelle ni inscrite sur la liste précitée : OUI ❑

Quelle que soit la situation, lire le recto de ce document et joindre les pièces nécessaires demandées.

Autres renseignements

- **Avez-vous déjà vous-même ou la victime saisi un tribunal pour être indemnisé ?** ❑ OUI ❑ NON
  Si oui, - quel tribunal ? .....
  - à quelle date ?.....
- **Avez-vous déjà vous-même ou la victime été indemnisé(e) par un tribunal ou par son employeur ?** ❑ OUI ❑ NON
  Si oui, précisez et fournir les documents concernant cette indemnisation.

- **Demandez-vous le versement d'une provision dans l'attente du règlement définitif de votre dossier ?** ❑ OUI ❑ NON

Veuillez lire le verso de ce document, joindre les documents demandés et complétez, si nécessaire, le questionnaire concernant l'exposition à l'amiante.

Pièces à joindre obligatoirement :

- **1er cas : la maladie de la personne décédée a été reconnue comme maladie professionnelle provoquée par l'amiante** : joindre la copie de la décision de l'organisme de sécurité sociale ayant reconnu l'origine professionnelle de sa maladie au titre de l'amiante ;

  Si vous le souhaitez, joindre le relevé des indemnités perçues et le rapport du médecin conseil. A défaut le FIVA sollicitera directement ces pièces auprès de l'organisme de sécurité sociale de la personne décédée.

- **2ème cas : la maladie de la personne décédée n'a pas été reconnue comme maladie professionnelle provoquée par l'amiante figure sur la liste des maladies mentionnée ci-dessous :** joindre un certificat médical ***(document original)*** attestant la maladie, établi par un médecin spécialiste ou compétent en pneumologie ou en oncologie ;

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 péritoine, du péricarde et autres tumeurs pleurales primitives ;
- Plaques calcifiées ou non, péricardiques ou pleurales, unilatérales ou bilatérales, lorsqu'elles sont confirmées par un examen tomodensitométrique.

- **3ème cas : la maladie n'a pas été pas reconnue comme maladie professionnelle provoquée par l'amiante et ne figure pas sur la liste des maladies rappelée ci-dessus** : joindre un certificat médical ***(document original)*** attestant la maladie ainsi que tous documents de nature à établir la réalité de l'exposition à l'amiante, professionnelle ou environnementale.

→ **Dans les 2 derniers cas, veuillez remplir le questionnaire concernant l'exposition à l'amiante.**

→ **Joindre, dans tous les cas, copie de documents attestant de votre identité (copie d'une pièce officielle en cours de validité), de votre lien de parenté ou de proximité avec la personne décédée (livret de famille, acte de notoriété…), un certificat de décès, et dans le cas où le décès résulte de la maladie, un document médical attestant ce fait.**

Fait à .....

le.....

Signature :

Les informations recueillies sont nécessaires pour étudier la demande d'indemnisation. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées aux services du FIVA. Conformément à la loi informatique et liberté du 6 janvier 1978, pour bénéficier d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant vous pouvez vous adresser au FIVA, à l'adresse suivante : **F.I.V.A. Tour Gallieni II - 36 avenue du Général de Gaulle - 93175 Bagnolet Cedex.**

FONDS d'INDEMNISATION des VICTIMES de l'AMIANTE

article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000
décret n° 2001-963 du 23 octobre 2001

NOTICE DESTINEE AUX AYANTS DROIT *

Le FONDS D'INDEMNISATION est un organisme dont la mission est définie par la loi.

Il a vocation à vous indemniser dans les cas suivants :

- la maladie de la personne décédée est reconnue comme **maladie professionnelle** occasionnée par l'amiante au titre de la législation française de sécurité sociale ou d'un régime assimilé ou la législation applicable aux pensions civiles et militaires d'invalidité,
- la maladie est une **maladie dont le constat vaut justification de l'exposition à l'amiante** (voir liste figurant au verso du formulaire),
- la personne décédée a été exposée à l'amiante sur le territoire de la République française et le **lien entre sa maladie et l'exposition à l'amiante** est reconnu par le FONDS après examen par la commission d'examen des circonstances de l'exposition à l'amiante.
- le **décès est imputable** à une maladie liée à l'exposition à l'amiante.

La grande majorité des maladies liées à l'amiante est provoquée par des expositions professionnelles. Si la maladie n'est pas reconnue comme maladie professionnelle, mais si elle est susceptible, au vu des renseignements fournis, d'avoir une origine professionnelle, le FONDS transmet directement à l'organisme de Sécurité sociale de la personne décédée une demande de reconnaissance.

Si nécessaire, un questionnaire complémentaire sur les circonstances d'exposition à l'amiante vous est envoyé par le FONDS. Toutefois, adressez dès maintenant une copie du certificat de décès, ainsi que tous documents de nature à établir le lien entre la maladie résultant de l'exposition à l'amiante et le décès.

La reconnaissance du caractère professionnel de la maladie n'est pas une condition nécessaire pour être indemnisé par le FONDS. Pour les maladies dont le constat vaut justification de l'exposition à l'amiante (voir verso du formulaire), l'indemnisation par le FONDS est automatique. Cependant la reconnaissance du caractère professionnel de la maladie peut donner accès à d'autres droits.

COMMENT SERA TRAITEE VOTRE DEMANDE D'INDEMNISATION ?

Dans les quinze jours de la réception de votre demande d'indemnisation, le FONDS vous adresse un accusé de réception. Il vous indique si votre dossier est recevable et, s'il ne l'est pas, il vous demande les pièces complémentaires. Le cas échéant, il vous adresse un questionnaire sur les circonstances d'exposition à l'amiante, afin d'établir le lien entre la maladie de la personne décédée et l'exposition à l'amiante.

Si le droit à indemnisation est reconnu, le FONDS vous adressera une offre d'indemnisation. Le fonds peut être amené à solliciter des éléments d'information complémentaires afin d'évaluer les préjudices indemnisables.

DEMANDE DE PROVISION

Lorsque la maladie de la personne décédée est reconnue comme maladie professionnelle ou fait partie des maladies dont le constat vaut justification de l'exposition à l'amiante telles qu'énumérées au verso du formulaire de demande d'indemnisation, vous pouvez demander au FONDS de vous verser une provision. Il a un mois pour statuer à partir de la réception de votre demande.

* sont ayants droit le conjoint, le signataire du pacte civil de solidarité, le concubin, les enfants et frères et sœurs de la personne décédée, ainsi que, dans certaines conditions et limites, certains proches.

QUE CONTIENDRA L'OFFRE D'INDEMNISATION ?

Votre préjudice direct :

Le préjudice résultant du décès de la victime.

Le préjudice revenant à la succession :

Préjudices financiers

Il s'agit du préjudice de la victime, souffert avant son décès, transmis aux héritiers.

- les frais engagés pour se soigner, restés à charge (hospitalisation, chirurgie, pharmacie, rééducation, etc.) ;
- les salaires ou revenus qui auraient été perçus avant le décès si la victime n'avait pas été malade ;
- l'incapacité permanente partielle, déterminée par l'étude du rapport médical établi à la demande de l'organisme social de la personne décédée ou tous autres documents médicaux.

Dans tous les cas, sont déduites des montants calculés les sommes payées ou à payer pour l'indemnisation du préjudice par les organismes sociaux, employeurs, assureurs...

Préjudices personnels

- les souffrances endurées, physiques et psychiques ;
- les autres préjudices (agrément, esthétique...).

DANS QUEL DELAI INTERVIENDRA L'OFFRE D'INDEMNISATION DU FONDS ?

La loi prévoit que l'offre d'indemnisation doit intervenir dans un délai maximum de six mois à compter de la date à laquelle le FONDS a reçu une demande d'indemnisation.

Le préjudice moral des ayants droit peut faire l'objet d'une offre immédiate d'indemnisation si la maladie de la personne décédée a été reconnue comme maladie professionnelle ou si elle est inscrite sur la liste figurant au verso du formulaire de demande d'indemnisation.
Lorsque le FONDS transmet une demande de reconnaissance de la maladie professionnelle, le délai de six mois est suspendu jusqu'à la date de la décision de la caisse ou de l'organisation spéciale de sécurité sociale. L'organisme doit prendre sa décision dans un délai de trois mois renouvelable une fois. Faute de décision dans ce délai, le FONDS dispose d'un délai de trois mois supplémentaire pour statuer.

QUAND SEREZ-VOUS INDEMNISE PAR LE FONDS ?

Si vous acceptez l'offre, au plus tard deux mois après réception de votre accord et des pièces nécessaires pour le règlement.
Le préjudice moral des ayants droit est réglé directement.
L'indemnisation concernant le préjudice du malade, tombée dans la succession en raison du décès est versée au compte de la succession entre les mains du notaire qui en a la charge après que tous les héritiers ont donné leur accord.

VOS DROITS DE RECOURS

Si vous refusez l'offre, vous disposez d'un délai de deux mois, à compter de la notification de l'offre, pour introduire une action en justice.
Si aucune offre ne vous est présentée à l'expiration du délai prévu, vous disposez d'un délai de deux mois, à compter de cette date, pour introduire une action en justice.
Si le FONDS vous oppose un refus d'indemnisation, vous disposez d'un délai de deux mois, à compter de la notification de la décision du Fonds, pour introduire une action en justice.
L'action en justice doit être introduite devant la cour d'appel de votre domicile (ou de la cour d'appel de Paris à défaut de domicile en France).

Sachez que vous pouvez obtenir, auprès du Fonds, la communication de votre dossier dans les conditions prévues par la loi du 4 mars 2002.

N'HESITEZ PAS A NOUS ADRESSER TOUS RENSEIGNEMENTS UTILES SUR PAPIER LIBRE.

EN CAS DE DIFFICULTES, N'HESITEZ PAS A CONTACTER PAR TELEPHONE LA PERSONNE EN CHARGE DE VOTRE DOSSIER DONT LE NUMERO FIGURE SUR LES LETTRES QUE VOUS ADRESSE LE FONDS.

FONDS D'INDEMNISATION DES VICTIMES DE L'AMIANTE

Feuillet n°2

QUESTIONNAIRE CONCERNANT L'EXPOSITION A L'AMIANTE

A ne remplir que si la maladie dont l'indemnisation est demandée n'a pas été reconnue comme maladie professionnelle.

Appréciation du demandeur sur l'origine de la maladie dont l'indemnisation est demandée :

- ❑ Je n'ai pas connaissance d'une exposition à l'amiante
- ❑ Je pense que cette exposition a une autre origine que professionnelle
- ❑ Précisez si cette maladie est susceptible d'avoir une origine professionnelle et dans l'affirmative joindre un certificat médical attestant le lien possible entre l'affection et l'activité professionnelle (*en l'absence d'un tel certificat, votre demande ne pourra être prise en compte).*

Une déclaration de maladie professionnelle a-t-elle été faite ?

- *si oui, à quelle date ?.....*
- *et avec quel résultat ?* *Procédure en cours* ❑ *refus* ❑

☛ ***Expositions à l'amiante liées à une activité professionnelle*** :

Portez dans le tableau suivant les renseignements que vous possédez, même s'ils sont incomplets, en vous aidant si besoin de la notice jointe. **Vous pouvez si vous le souhaitez donner des détails sur papier libre.**

ANNEES	Entreprises (Nom et si possible adresse)	Métier, activité, situations de travail	Postes de travail et circonstances d'exposition à l'amiante (1)

(1) Précisez les différents postes de travail occupés ainsi que les circonstances d'exposition si elles sont connues.

Lire et remplir la suite du document au verso

Suite feuillet 2

- ***Exposition à l'amiante non liées à l'activité professionnelle :***

Précisez les éléments suivants :	*Oui*	*Non*	*Ne sais pas*
La victime a-t-elle habité avec une personne travaillant au contact de l'amiante ?	❑	❑	❑
Si oui laquelle et combien de temps ?.....			
A-t-elle habité, étudié, ou travaillé à proximité d'une usine utilisant de l'amiante ?	❑	❑	❑
Si oui, laquelle et combien de temps ?.....			
A-t-elle habité, étudié ou bricolé dans des locaux où se trouvaient des matériaux contenant de l'amiante ?	❑	❑	❑
Précisez.....			
A–t-elle été au contact de matériaux contenant de l'amiante lors d'activités (bricolage par exemple) ?	❑	❑	❑
Précisez.....			
Est elle restée à proximité de personnes travaillant au contact de l'amiante ?	❑	❑	❑
Précisez.....			

Fait à .....

le.....

Signature :

Les informations recueillies sont nécessaires pour étudier la demande d'indemnisation. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées aux services du FIVA. Conformément à la loi informatique et liberté du 6 janvier 1978, pour bénéficier d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant vous pouvez vous adresser au FIVA, à l'adresse suivante : **F.I.V.A. Tour Gallieni II - 36 avenue du Général de Gaulle - 93175 Bagnolet Cedex.**

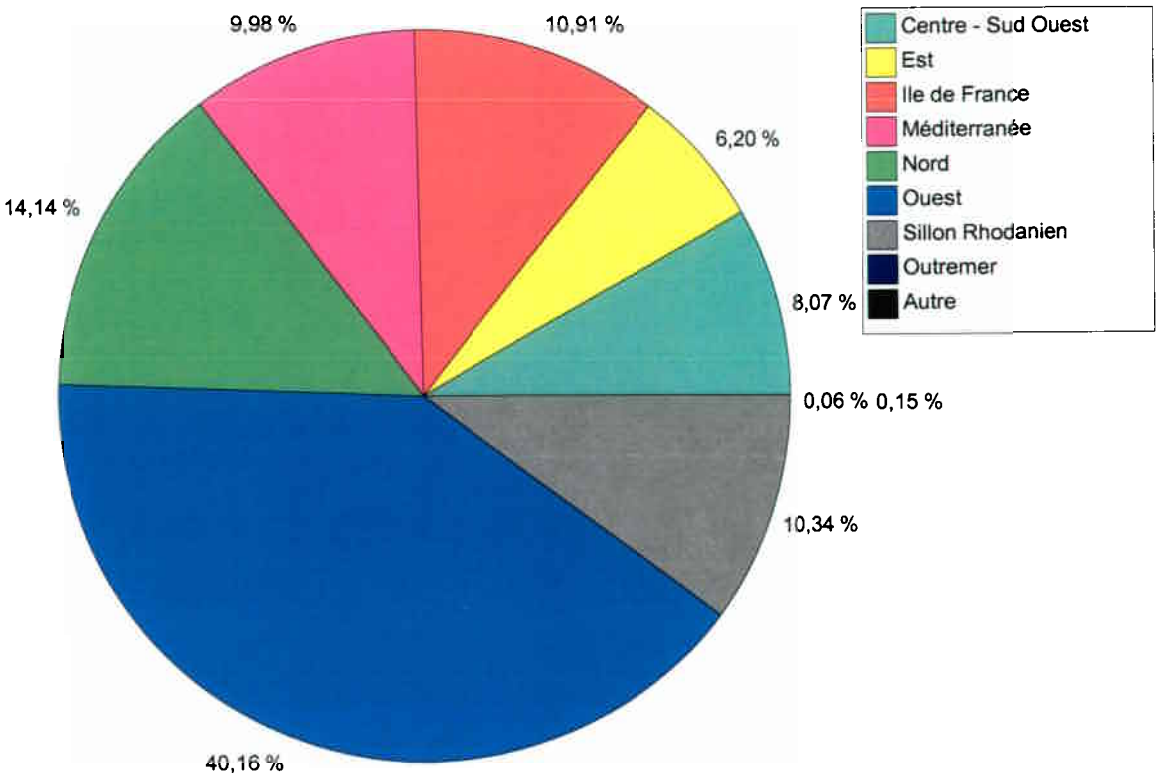
ANNEXE 6

Eléments statistiques fournis par le FGA

Répartition par région des dossiers de victimes en cours

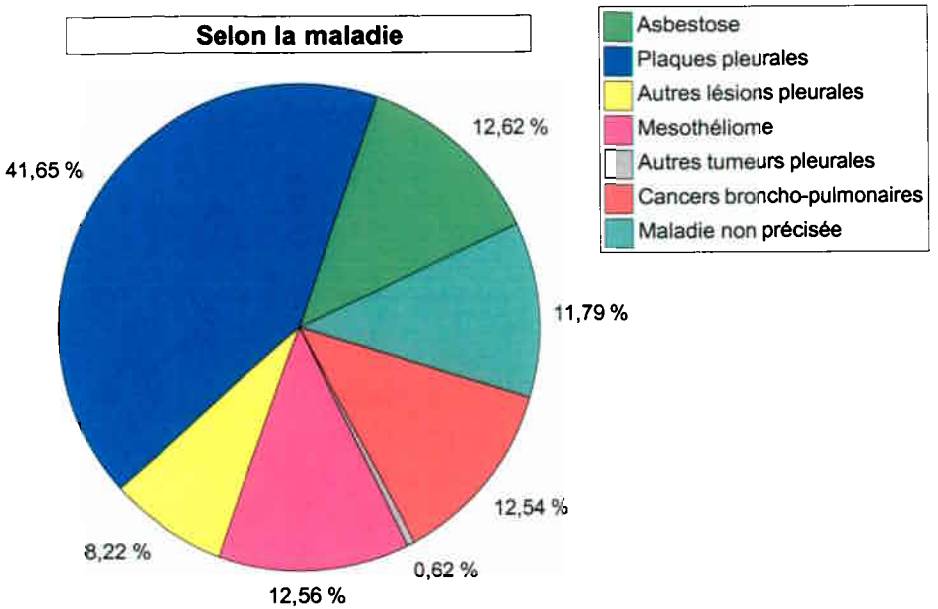
Régions	Nombre	Pourcentage
Aquitaine	164	3,01 %
Centre	82	1,50 %
Limousin	38	0,70 %
Midi Pyrénées	93	1,71 %
Poitou-Charentes	63	1,16 %
Alsace	66	1,21 %
Champagne Ardennes	50	0,92 %
Lorraine	222	4,07 %
Ile de France	595	10,91 %
Corse	45	0,83 %
Languedoc Rousillon	95	1,74 %
PACA	404	7,41 %
Nord	674	12,36 %
Picardie	97	1,78 %
Bretagne	661	12,12 %
Basse Normandie	695	12,75 %
Haute Normandie	315	5,78 %
Pays de la Loire	519	9,52 %
Auvergne	45	0,83 %
Bourgogne	214	3,92 %
Franche comté	38	0,70 %
Rhone-Alpes	267	4,90 %
DOM TOM	3	0,06 %
Autres	8	0,15 %
Total	**5 453**	**100,00 %**

Régions	Nombre	Pourcentage
Centre - Sud Ouest	440	8,07 %
Est	338	6,20 %
Ile de France	595	10,91 %
Méditerranée	544	9,98 %
Nord	771	14,14 %
Ouest	2 190	40,16 %
Sillon Rhodanien	564	10,34 %
Outremer	3	0,06 %
Autre	8	0,15 %
Total	**5 453**	**100,00 %**

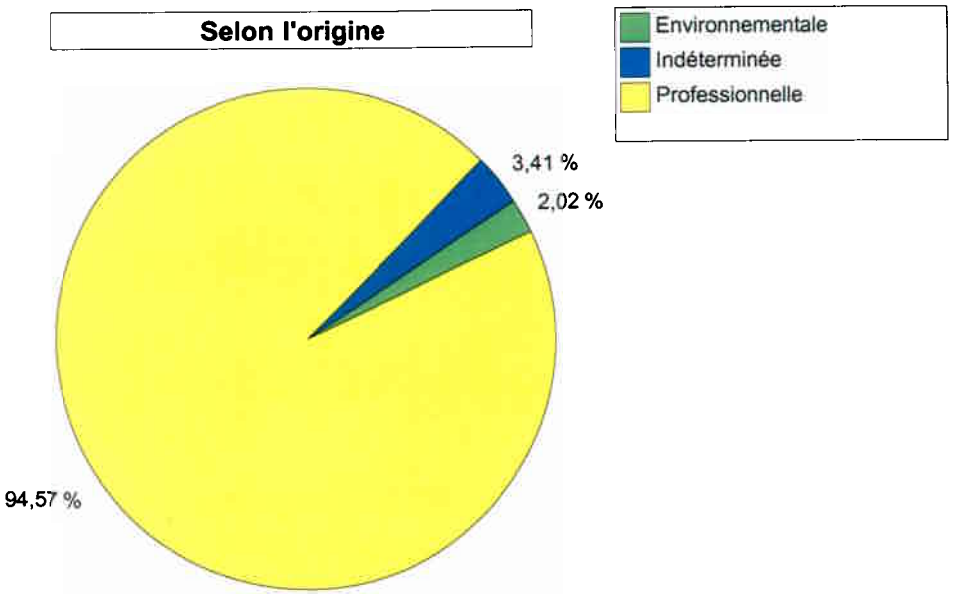


Répartition des dossiers de victimes en cours

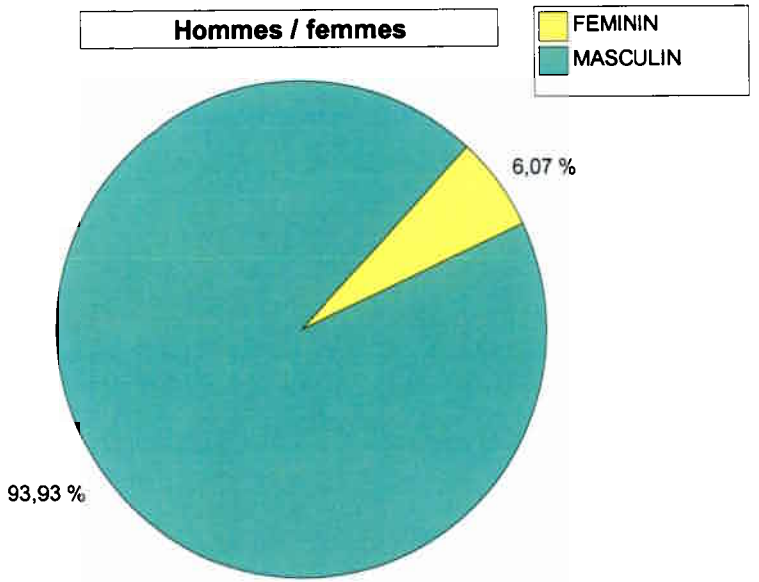
Selon la maladie



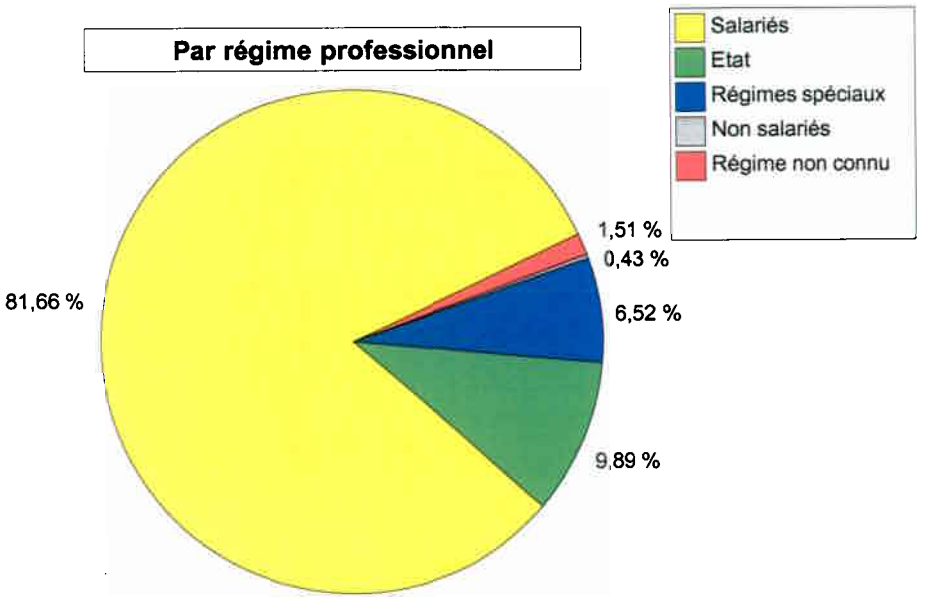
Selon l'origine



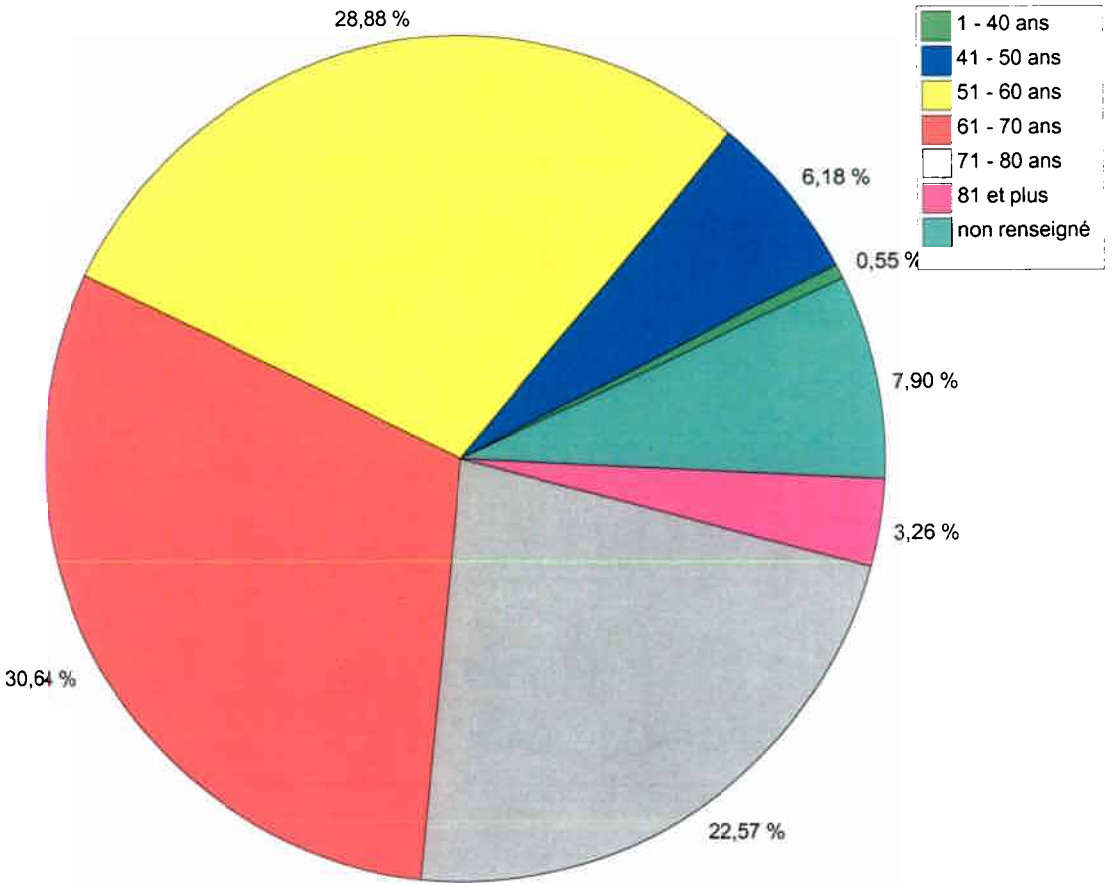
Hommes / femmes



Par régime professionnel



Répartition par tranche d'âge des dossiers de victimes en cours



	age moyen victimes non DCD	Age moyen victimes DCD	Age moyen des victimes
Asbestose	67	69	67
Plaques pleurales	65	71	65
Autres lésions pleurales	64	66	64
Mesothéliome	64	64	64
Autres tumeurs pleurales	60	59	59
Cancers broncho-pulmonaires	62	62	62
Maladie non précisée	65	62	64

	Age moyen victimes non DCD	Age moyen victimes DCD	Age moyen victimes
Environnementale	61	63	62
Indéterminée	66	63	65
Professionnelle	65	64	65

	Age moyen victimes non DCD	Age moyen victimes DCD	Age moyen victimes
Salariés	64	63	64
Etat	66	68	67
Régimes spéciaux	68	66	68
Non salariés	67	65	66
Régime non connu	63	59	62

Age moyen des victimes 64 ans

Répartition hommes / femmes des dossiers de victimes en cours

	MASCULIN		FEMININ		Total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Asbestose	649	94,33 %	39	5,67 %	688	100,00 %
Plaques pleurales	2 125	93,57 %	146	6,43 %	2 271	100,00 %
Autres lésions pleurales	423	94,42 %	25	5,58 %	448	100,00 %
Mesothéliome	611	89,20 %	74	10,80 %	685	100,00 %
Autres tumeurs pleurales	33	97,06 %	1	2,94 %	34	100,00 %
Cancers broncho-pulmonaires	678	99,12 %	6	0,88 %	684	100,00 %
Maladie non précisée	603	93,78 %	40	6,22 %	643	100,00 %
Total	5 122	93,93 %	331	6,07 %	5 453	100,00 %

	MASCULIN		FEMININ		Total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Asbestose	649	12,67 %	39	11,78 %	688	12,62 %
Plaques pleurales	2 125	41,49 %	146	44,11 %	2 271	41,65 %
Autres lésions pleurales	423	8,26 %	25	7,55 %	448	8,22 %
Mesothéliome	611	11,93 %	74	22,36 %	685	12,56 %
Autres tumeurs pleurales	33	0,64 %	1	0,30 %	34	0,62 %
Cancers broncho-pulmonaires	678	13,24 %	6	1,81 %	684	12,54 %
Maladie non précisée	603	11,77 %	40	12,08 %	643	11,79 %
Total	5 122	100,00 %	331	100,00 %	5 453	100,00 %

	MASCULIN		FEMININ		Total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Environnementale	40	36,36 %	70	63,64 %	110	100,00 %
Indéterminée	145	77,96 %	41	22,04 %	186	100,00 %
Professionnelle	4 937	95,73 %	220	4,27 %	5 157	100,00 %
Total	5 122	93,93 %	331	6,07 %	5 453	100,00 %

	MASCULIN		FEMININ		Total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Environnementale	40	0,78 %	70	21,15 %	110	2,02 %
Indéterminée	145	2,83 %	41	12,39 %	186	3,41 %
Professionnelle	4 937	96,39 %	220	66,47 %	5 157	94,57 %
Total	5 122	100,00 %	331	100,00 %	5 453	100,00 %

	MASCULIN		FEMININ		Total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Salariés	4 001	95,01 %	210	4,99 %	4 211	100,00 %
Etat	503	98,63 %	7	1,37 %	510	100,00 %
Régimes spéciaux	334	99,40 %	2	0,60 %	336	100,00 %
Non salariés	22	100,00 %			22	100,00 %
Régime non connu	77	98,72 %	1	1,28 %	78	100,00 %
Total	4 937	95,73 %	220	4,27 %	5 157	100,00 %

	MASCULIN		FEMININ		Total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Salariés	4 001	81,04 %	210	95,45 %	4 211	81,66 %
Etat	503	10,19 %	7	3,18 %	510	9,89 %
Régimes spéciaux	334	6,77 %	2	0,91 %	336	6,52 %
Non salariés	22	0,45 %			22	0,43 %
Régime non connu	77	1,56 %	1	0,45 %	78	1,51 %
Total	4 937	100,00 %	220	100,00 %	5 157	100,00 %