

DÉCLARATION OBLIGATOIRE DES MÉSOTHÉLIOMES EN FRANCE : PRINCIPAUX RÉSULTATS, 2012-2013

// MANDATORY NOTIFICATION OF MESOTHELIOMAS IN FRANCE: MAIN RESULTS, 2012-2013

Céline Gallot (c.gallot@invs.sante.fr), Nathalie Bonnet, Laurence Chérié-Challine

Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

Soumis le 31.07.2014 // Date of submission: 07.31.2014

Résumé // Abstract

Introduction – La déclaration obligatoire (DO) des mésothéliomes, mise en place par l'Institut de veille sanitaire, a pour objectif de renforcer la surveillance des mésothéliomes (tous sites, territoire national) et d'améliorer la connaissance des expositions à l'amiante dans trois populations mal connues : les femmes, les hommes de moins de 50 ans et les personnes présentant un mésothéliome localisé hors plèvre.

Matériel et méthode – Depuis janvier 2012, chaque médecin (pathologistes et cliniciens) exerçant en France et qui pose un diagnostic de mésothéliome doit le déclarer à l'Agence régionale de santé. L'estimation de l'exhaustivité pour les mésothéliomes pleuraux a été effectuée par comparaison aux données du Programme national de surveillance du mésothéliome (PNSM) couvrant 21 départements en 2013, sur la même période.

Résultats – Les 1 282 cas incidents en 2012 et 2013 ont été notifiés entre janvier 2012 et avril 2014 par un pathologiste (76%) et/ou par un clinicien (52%). La tumeur était localisée au niveau de la plèvre (86%), du péritoine (8%) et, dans 6% des cas, à d'autres localisations. Le sexe-ratio était de 2,4. Le niveau moyen d'exhaustivité pour les mésothéliomes pleuraux dans les départements couverts par le PNSM était de 46% en 2012, avec de fortes disparités régionales.

Conclusion – Les caractéristiques des cas notifiés sont similaires aux données de la littérature. L'exhaustivité pour 2012 et 2013 montre une bonne adhésion des médecins malgré des disparités régionales. La DO et le PNSM s'intègrent dans le dispositif national de surveillance épidémiologique des mésothéliomes soutenu par le Plan cancer 2014-2019.

Introduction – Mandatory notification of mesothelioma, established by the French Institute for Public Health Surveillance (InVS), aims at strengthening the monitoring of all mesotheliomas and at improving the knowledge about occupational and environmental exposures in three little-documented populations: women, men under 50 years old, and patients with non-pleural mesothelioma.

Material and method – Since January 2012, each French physician (clinician or pathologist) working in France has to report to the regional health agency each new diagnosed case of mesothelioma. Exhaustiveness estimation was evaluated for pleural mesothelioma as a comparison with the data from the National Mesothelioma Surveillance Programme (PNSM) that covered 21 French districts in 2013, over the same period.

Results – Between January 2012 and April 2014, 1,282 incident cases were reported through the mandatory notification program by a pathologist (76%) and/or by a clinician (52%). Eighty-six per cent were pleural mesothelioma, 8% peritoneal mesothelioma, and 6% concerned other sites. Sex-ratio was 2.4. National mean exhaustiveness for pleural mesothelioma was 46% in 2012 for districts included in the PNSM programme with strong regional differences.

Conclusion – The characteristics of notified cases were similar to those found in the literature. Exhaustiveness for 2012 and 2013 points to a good participation of physicians despite of regional disparities. Mandatory notification and the PNSM are part of the national epidemiological surveillance system for mesothelioma supported by the French National Cancer Plan 2014-2019.

Mots-clés : Mésothéliome, Déclaration obligatoire, Enquêtes d'exposition

// **Keywords**: Mesothelioma, Mandatory notification, Exposure survey

Introduction

Les mésothéliomes sont des cancers rares, à forte létalité et localisés aux membranes séreuses, le plus souvent la plèvre, mais également le péritoine (environ

12% des cas¹) et, plus rarement, le péricarde (<1%) ou la vaginale testiculaire. Au niveau mondial, l'augmentation du nombre de cas depuis les années 1950 est liée à la production et à l'usage de l'amiante². En France, l'interdiction de la fabrication, de l'importation

et de la commercialisation des produits contenant de l'amiante a fait l'objet d'un décret en 1997. Les derniers travaux de modélisation de la mortalité en France, publiés par l'Institut de veille sanitaire (InVS) en 2013², faisaient état d'un pic atteint dans les années 2000, avec entre 850 et 1 100 décès par mésothéliomes pleuraux, et d'une persistance de l'épidémie jusqu'en 2025 du fait d'un temps de latence après exposition de 30 à 40 ans.

Grâce au Programme national de surveillance du mésothéliome (PNSM)³, la fraction de risque attribuable à une exposition professionnelle à l'amiante est estimée à 83% (intervalle de confiance à 99% ; IC99%: [74-92]) chez les hommes et à 42% (IC99%: [25-58]) chez les femmes⁴. Les expositions extraprofessionnelles (extérieur, bricolage, domestique, intramurale passive, paraprofessionnelle) sont probablement fréquentes et restent mal connues en France, notamment chez les femmes dont le taux d'incidence du mésothéliome pleural augmente depuis ces 10 dernières années³. Les liens entre mésothéliomes péritonéaux et amiante⁵ sont moins évidents et ne sont pas clairement décrits pour la population française. Le rôle joué par certaines fibres de substitution à l'amiante est également peu connu.

Face au constat du manque de connaissances sur l'incidence et les types d'expositions des femmes et sur les mésothéliomes, notamment péritonéaux, les autorités sanitaires ont saisi l'Institut de veille sanitaire (InVS) afin de compléter le PNSM par un dispositif de déclaration obligatoire (DO) des mésothéliomes couvrant l'ensemble du pays (France métropolitaine et ultramarine) et toutes les localisations anatomiques. Ainsi, par décret du 16 janvier 2012 et suite à l'accord du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) du 2 novembre 2011, les mésothéliomes ont été ajoutés à la liste des maladies à déclaration obligatoire (MDO),

devenant ainsi la 31^e MDO en France. La DO est développée en complémentarité et en articulation avec le PNSM dans son fonctionnement et ses objectifs.

Cette DO constituait une des actions de la mesure du Plan cancer 2009-2013, visant l'amélioration de la surveillance des cancers liés à l'environnement professionnel (action 9.1). Elle s'inscrit plus largement dans la lutte contre les cancers liés à l'amiante, qui représente un enjeu important de santé publique. La DO n'est pas un système d'expertise et ne se substitue pas aux systèmes de déclarations en maladie professionnelle auprès des régimes de couverture sociale, ni auprès du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva).

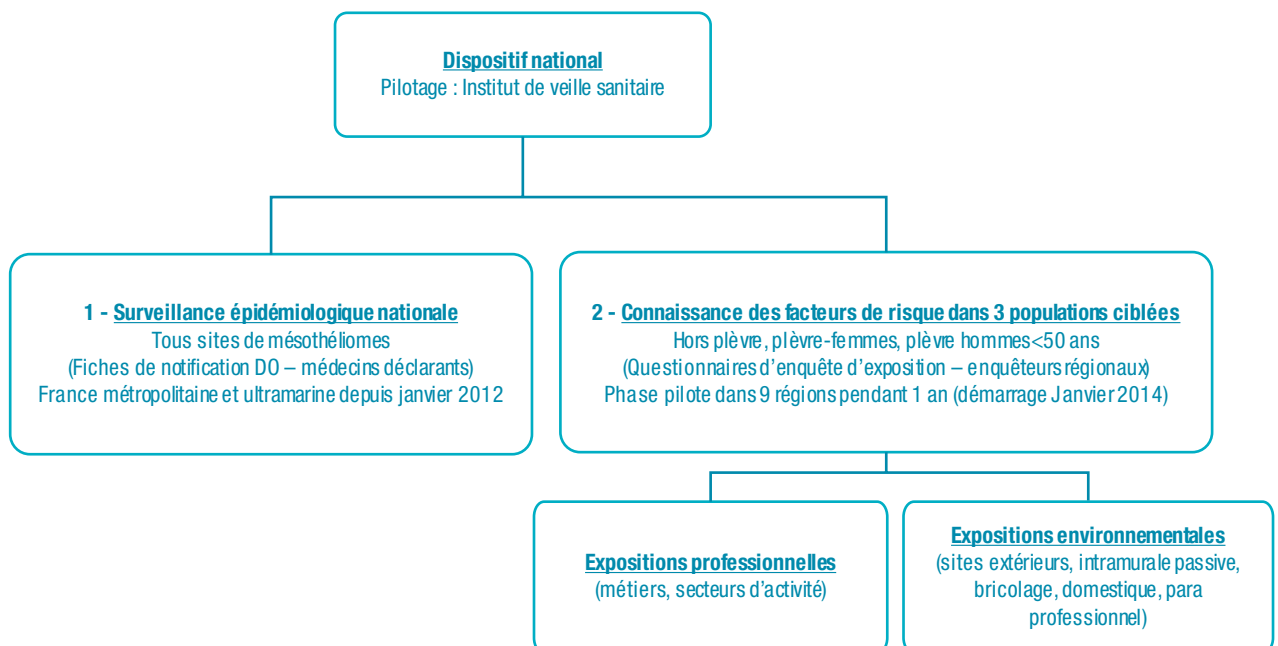
Objectifs et fonctionnement du dispositif

La DO des mésothéliomes a été mise en place en 2012 sur tout le territoire métropolitain et ultramarin, après une phase de test qui s'est déroulée en 2011, dans six régions⁶. Le dispositif national de DO des mésothéliomes se compose de deux volets (figure 1) répondant à deux objectifs de connaissance épidémiologique :

- renforcer, à partir des notifications des médecins, pathologistes et cliniciens, la surveillance de tous les mésothéliomes, en complément du PNSM qui concerne exclusivement ceux de la plèvre dans 21 départements ;
- améliorer, par la mise en place d'enquêtes DO-Meso, la connaissance des facteurs d'exposition professionnelle et environnementale, dans trois populations jugées par les experts comme insuffisamment connues : les individus présentant un mésothéliome de site « hors plèvre », les hommes de moins de 50 ans et les femmes.

Figure 1

Volets du dispositif national de déclaration obligatoire (DO) des mésothéliomes en France



Ces données n'étant recueillies que depuis le 1^{er} janvier 2014, elles ne seront pas détaillées dans le présent article. En revanche, elles feront l'objet d'un rapport dans le courant de l'année.

Ce projet bénéficie, depuis son origine, d'un appui fort des instances et groupes de professionnels des pathologistes (Société française de pathologie, groupe Mesopath, Conseil national de pathologie), des pneumologues et notamment de la Société de pneumologie de langue française (SPLF), du Réseau des tumeurs rares du péritoine (Renape), du Centre expert national pour les mésothéliomes malins de la plèvre (Mesoclin) et du Conseil national de cancérologie (CNC). Ces instances sont représentées au sein d'un comité de pilotage qui inclut également les représentants des institutions associées au projet.

La DO est développée dans chaque région avec la Cellule de l'InVS en région (Cire), l'Agence régionale de santé (ARS), le réseau régional de cancérologie (RRC), qui joue un rôle essentiel dans le relais de l'information et la sensibilisation des médecins potentiellement déclarants, et en lien avec l'équipe PNSM dans les régions concernées par les enquêtes.

Matériel et méthode

La DO concerne tous les cas de mésothéliomes diagnostiqués depuis janvier 2012, quel qu'en soit le site anatomique. Elle s'impose à tous les médecins exerçant en France métropolitaine ou ultramarine. La règle de notification définie avec les experts au vu des résultats de la phase pilote et validée par le HCSP est la double notification : par un pathologiste, qui pose formellement le diagnostic de mésothéliome, et par un clinicien, qui renseigne la notion d'exposition professionnelle à l'amiante et informe individuellement son patient de ses droits. Pour déclarer un nouveau cas dont le diagnostic est confirmé, le médecin doit remplir le formulaire dédié « *pathologiste* » ou « *clinicien* » et l'adresser rapidement par fax au médecin de l'ARS de sa région d'exercice (Cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaire - CVAGS), via la plateforme régionale de veille et d'urgences sanitaires. Le formulaire recueille des données sociodémographiques, des données sur le mésothéliome (mode de diagnostic, type histologique, localisation) et pour le formulaire « *clinicien* », une information liée à l'exposition professionnelle à l'amiante.

Les cas retenus pour l'analyse et décrits dans cet article sont les cas incidents de mésothéliomes malins diagnostiqués en 2012 et 2013 et notifiés jusqu'au 30 avril 2014⁽¹⁾. Les cas de mésothéliomes bénins ou de malignité indéterminée ont été exclus.

⁽¹⁾ 30 avril 2014 : date retenue pour l'analyse des cas incidents 2012 et 2013, sur la base du délai moyen de notification à l'InVS (depuis la date de diagnostic) calculé dans le rapport « Déclaration obligatoire des mésothéliomes : contexte, résultats de la phase pilote, perspectives »⁶.

Les nombres de cas de mésothéliomes pleuraux diagnostiqués en 2012 et 2013 et déclarés par la DO ont été comparés aux cas incidents pour 2012 et 2013 du PNSM à la date du 22 mai 2014, sur les zones couvertes par le programme. Il s'agit du seul moyen de comparaison validé permettant d'estimer l'exhaustivité atteinte par la DO pour les mésothéliomes pleuraux dans ces zones.

Par ailleurs, sans jugement d'exhaustivité, les nombres de mésothéliomes pleuraux et péritonéaux diagnostiqués en 2012 et déclarés par la DO ont été comparés aux nombres de mésothéliomes pleuraux et péritonéaux identifiés dans la base nationale du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Les données du PMSI concernaient les patients hospitalisés en 2012 avec un diagnostic de mésothéliome pour lesquels un chaînage des séjours avait été réalisé depuis 2004, afin d'approcher les cas incidents. Cette comparaison a été effectuée au niveau national et pour chaque région de domicile des patients. Cette comparaison n'a pas été possible pour 2013, car les données du PMSI n'étaient pas disponibles au moment des analyses. La méthodologie est précisée dans un rapport publié par ailleurs⁷.

Les analyses ont été effectuées avec le logiciel SAS Enterprise Guide[®].

Résultats

Le nombre de fiches de DO de mésothéliomes traitées par l'InVS entre le 1^{er} janvier 2012 et le 30 avril 2014 inclus est de 1 741. Ces 1 741 fiches concernaient 1 340 cas incidents déclarés de mésothéliomes, dont 680 cas pour 2012 et 660 pour 2013. La figure 2 décrit la répartition des types de médecins déclarants. Si l'on considère l'ensemble des 1 741 fiches de notifications reçues par l'InVS pour les cas incidents 2012 et 2013, près de 76% des cas ont été notifiés par un pathologiste et 52% par un clinicien. Parmi les cliniciens déclarant, 70% étaient des pneumologues, 14% des chirurgiens et 8% des oncologues. Parmi les cas notifiés, 966 (72%) ont fait l'objet d'une déclaration unique, 347 (26%) d'une double déclaration et 27 (2%) d'une triple déclaration. Parmi les 1 340 cas déclarés, 58 cas ne correspondaient pas aux critères d'inclusion (26 (3,8%) en 2012, 32 (5%) en 2013), ces cas étant des tumeurs bénignes. Ainsi, 1 282 cas ont été inclus dans les analyses : 656 pour 2012 et 626 pour 2013.

Le délai moyen de notification entre la date de diagnostic du mésothéliome et la date de notification à l'ARS était de 71 jours (IC95%: [65-76]), mais ce délai dépendait de la localisation anatomique. La moyenne de 100 jours pour la localisation péritonéale était statistiquement plus élevée ($p < 0,001$) que celle de 68 jours observée pour la localisation pleurale.

Caractéristiques des notifications

Le tableau 1 décrit la localisation anatomique des mésothéliomes diagnostiqués en 2012 et 2013 et notifiés. Ainsi, 1 134 cas (85%) étaient localisés uniquement au niveau de la plèvre, 103 (8%) uniquement

Figure 2

Répartition des types de médecins ayant déclaré des cas de mésothéliomes dans le cadre de la déclaration obligatoire (DO), France, 2012-2013

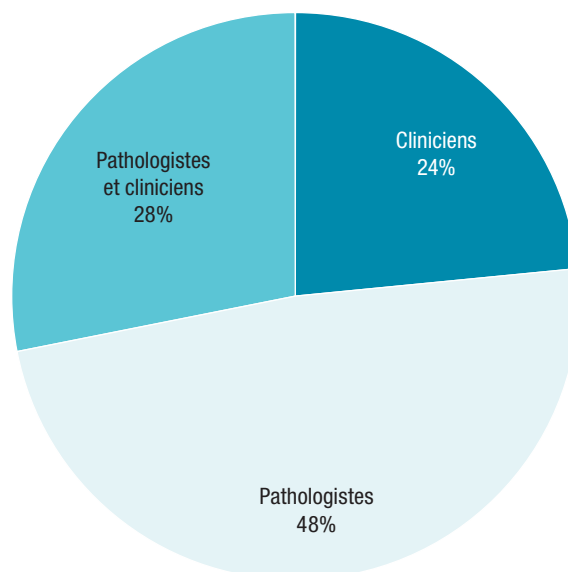


Tableau 1

Localisation anatomique des mésothéliomes diagnostiqués et déclarés dans le cadre de la déclaration obligatoire (DO), France, 2012-2013

Simple localisation (n=1 259)		
Plèvre	1 134	85%
Péritoine	103	8%
Péricarde	1	<1%
Vaginale testiculaire	3	<1%
Autre	10	1%
Sans précision	1	<1%
Données manquantes	7	
Double localisation (n=23)		
Plèvre et péritoine	6	<1%
Plèvre et péricarde	4	<1%
Plèvre et autre	12	1%
Péritoine et autre	1	<1%

au péritoine, 3 cas uniquement à la vaginale testiculaire, 1 cas uniquement au péricarde. Pour 23 cas, on observait une double localisation.

Parmi les mésothéliomes déclarés, 908 (71%) concernaient des hommes et 374 (29%) des femmes, soit un sexe-ratio de 2,4. Les localisations anatomiques⁽²⁾ différaient statistiquement selon le sexe ($p < 0,0001$)⁽³⁾. En effet, 92% des hommes présentaient une localisation pleurale contre seulement 85% des femmes. Celles-ci étaient en revanche 12% à avoir une localisation péritonéale contre 7% des hommes.

⁽²⁾ Seules les localisations uniques sont étudiées.

⁽³⁾ Test du Chi2 effectué en comparant la répartition par sexe selon la localisation pleurale ou péritonéale.

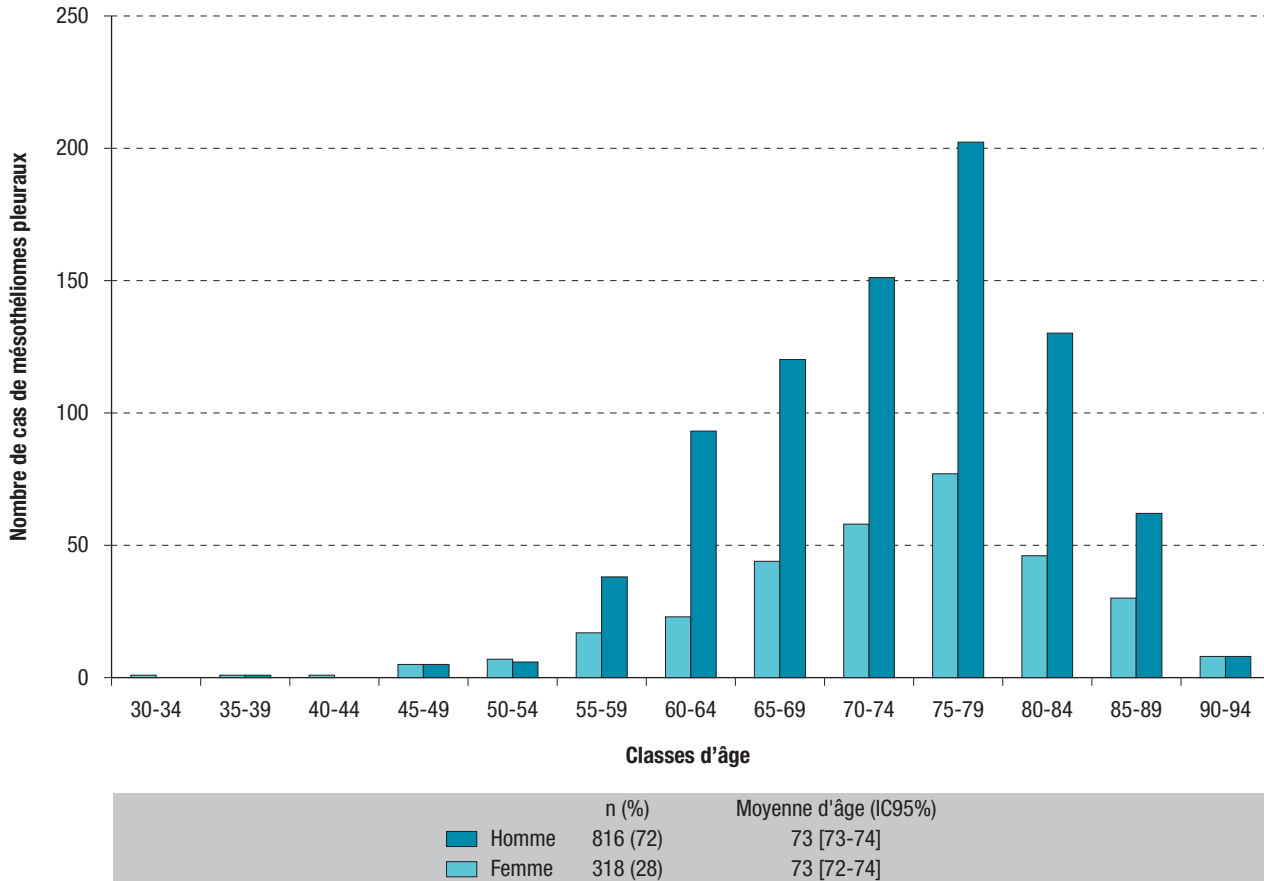
Les figures 3 et 4 décrivent la distribution des mésothéliomes diagnostiqués et notifiés en 2012 et 2013 par sexe et par classes d'âge, respectivement pour les localisations uniques à la plèvre ou au péritoine. Pour les mésothéliomes pleuraux, l'âge moyen au diagnostic était de 73 ans, aussi bien chez l'homme que chez la femme. Pour la localisation péritonéale, il était significativement moins élevé que pour la localisation pleurale ($p < 0,0001$ après ajustement sur le sexe), avec une moyenne pour les hommes de 64 ans (IC95%: [61-68]) et pour les femmes de 61 ans (IC95%: [55-67]).

Comparaison aux données du PNSM et du PMSI

Le niveau d'exhaustivité atteint, au 30 avril 2014, pour les mésothéliomes pleuraux déclarés en DO, peut être approché en comparant les cas incidents 2012 et 2013 notifiés par la DO avec les cas incidents du PNSM

Figure 3

Répartition par sexe et par classe d'âge des cas de mésothéliomes pleuraux diagnostiqués et notifiés dans le cadre de la déclaration obligatoire (DO), France, 2012-2013



pour les départements concernés. Ainsi, en 2012, le niveau moyen d'exhaustivité atteint pour les départements couverts par le PNSM (hors Lille et sa région) était de 46%, avec deux régions et deux départements au-dessus de 75%. En 2013, il était de 45%, avec deux régions au-dessus de 75% (voir tableau 2).

Par ailleurs, les nombres de cas incidents de mésothéliomes pleuraux et péritonéaux diagnostiqués en 2012 et déclarés par la DO ont été comparés aux nombres de patients identifiés dans la base du PMSI 2012, chaînés depuis 2004. Au niveau national, pour le mésothéliome pleural, 587 cas diagnostiqués en 2012 ont été déclarés par la DO, en comparaison des 1 192 cas identifiés par le PMSI (49%). Des différences entre régions étaient observées, de 20% pour 5 régions, entre 20 et 40% dans 4 régions, entre 40 et 60% dans 7 régions, et supérieure à 60% dans 5 régions.

Pour le péritoine, 57 cas diagnostiqués en 2012 ont été déclarés par la DO, en comparaison des 122 cas identifiés par le PMSI (47%). Pour 10 régions métropolitaines, l'effectif des cas déclarés par la DO atteignait 80% des cas du PMSI.

Discussion

Les caractéristiques des cas diagnostiqués en 2012 et 2013 et notifiés jusqu'au 30 avril 2014 sont similaires aux données de la littérature. Concernant

la localisation anatomique, 8% des cas notifiés avaient une localisation péritonéale unique, 8,5% si l'on considère les doubles localisations, soit des taux voisins de ceux d'autres pays européens (6,7% pour l'Italie)¹ et des taux mondiaux (variant de 5% à 20%)⁵. Pour les mésothéliomes de la plèvre, l'âge moyen des cas est analogue à celui des cas recensés dans le PNSM. L'âge moyen de survenue des mésothéliomes du péritoine est inférieur à celui de la survenue des mésothéliomes de la plèvre, comme cela est retrouvé dans la littérature internationale⁶.

La double notification (pathologiste et clinicien) qui est de règle n'est effective que dans 28% des cas. La notification est plus souvent effectuée par le pathologiste, qui atteste le diagnostic, et seulement dans la moitié des cas par le clinicien. Ce dernier est également chargé de renseigner la variable d'exposition professionnelle à l'amiante et d'informer son patient de ses droits de rectification des informations le concernant et de ceux inhérents à une reconnaissance médico-sociale. Les droits de reconnaissance médico-sociale sont aussi abordés en face-à-face lors des enquêtes d'exposition DO-Méso. Ces enquêtes sont mises en place par le Département santé travail (DST-InVS) avec le Département santé environnement (DSE-InVS), le Département de coordination des alertes et des régions (Dcar-InVS) et les experts du PNSM. Elles sont complémentaires des enquêtes d'exposition réalisées dans le cadre du PNSM. Les enquêtes DO-Méso

Figure 4

Répartition par sexe et par classe d'âge des cas de mésothéliomes péritonéaux diagnostiqués et notifiés dans le cadre de la déclaration obligatoire (DO), France, 2012-2013

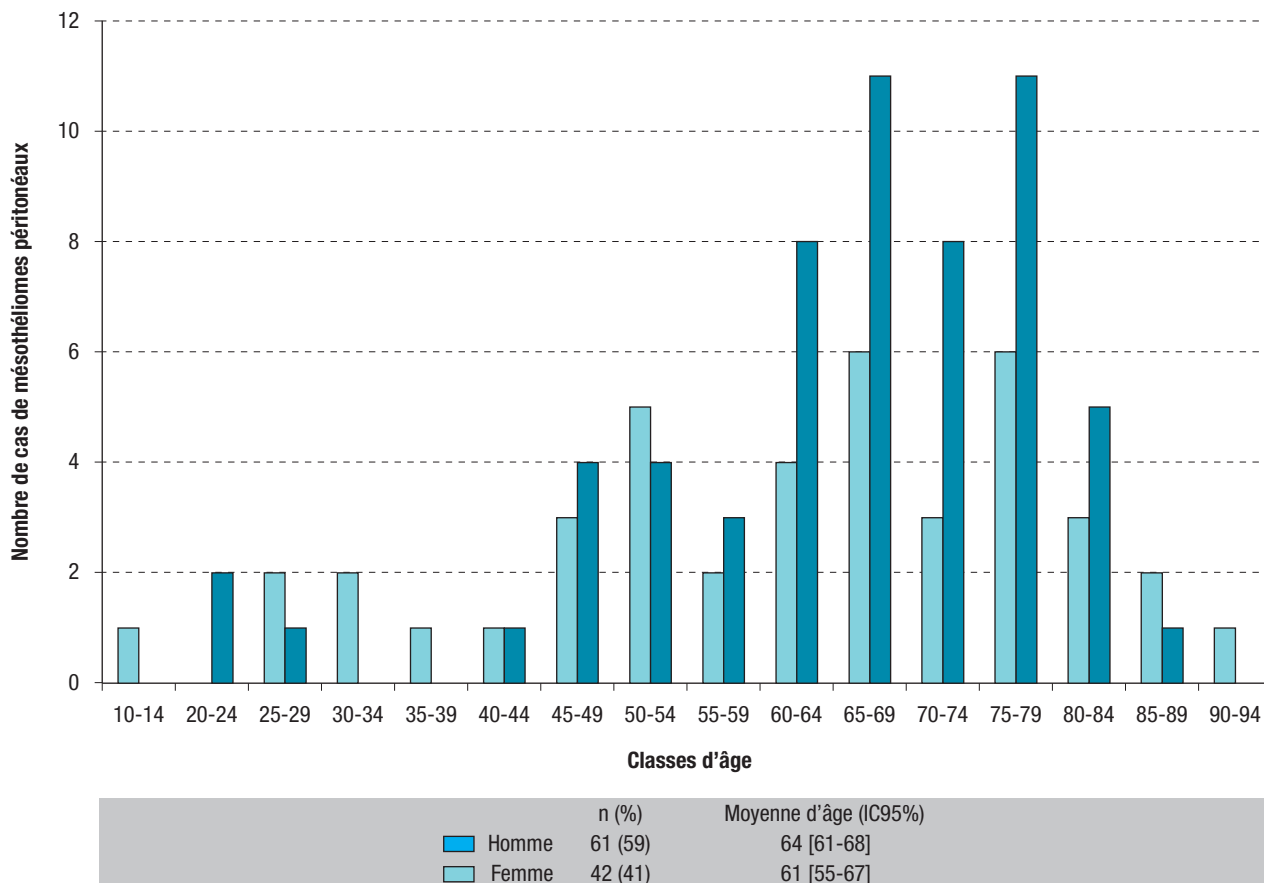


Tableau 2

Taux d'exhaustivité de la déclaration obligatoire (DO) par rapport aux données du Programme national de surveillance du mésothéliome (PNSM) pour les mésothéliomes pleuraux, France, 2012-2013

	2012			2013		
	DO	PNSM	%DO/PNSM	DO	PNSM	%DO/PNSM
Alsace	6	19	32	10	20	50
Aquitaine	41	48	85	44	59	75
Basse-Normandie	21	22	95	24	29	83
Doubs	3	4	75	3	8	38
Isère	14	20	70	16	27	59
Paca-Corse*	14	104	13	26	115	23
Seine-Maritime	15	51	29	10	49	20
Seine-Saint-Denis	12	23	52	10	14	71
Val-de-Marne	18	23	78	9	17	53
Total	144	314	46	152	338	45

* Uniquement pour les départements suivants : Alpes-Maritimes, Bouches-du-Rhône, Corse-du-Sud, Haute-Corse et Var.

ont été testées en 2014, pendant une année, dans huit régions métropolitaines volontaires (Aquitaine, Alsace, Basse-Normandie, Bretagne, Franche-Comté, Limousin, Picardie, Poitou-Charentes) et dans une région ultramarine (La Réunion). Les patients à enquêter ont été identifiés à partir des fiches de notification de DO reçues par les ARS dans les régions.

La comparaison avec les données du PNSM montre un taux global d'exhaustivité de 46% en 2012. Ces données d'exhaustivité pour une première année de fonctionnement du dispositif des DO témoignent d'une adhésion plutôt bonne de l'ensemble des médecins, malgré des disparités régionales. Cette exhaustivité est un peu moins bonne pour 2013 (45%),

ce qui peut être dû au fait que les actions de communication relayées par les RRC pour chaque région, concernant le rattrapage des cas 2013, n'avaient pas encore été effectuées au moment de l'analyse. Il a en effet été attesté que les actions de sensibilisation et d'information ciblées pour chaque région auprès des médecins potentiellement déclarants avaient eu un impact sur la hausse des notifications⁶.

Pour les zones non couvertes par le PNSM, il est difficile d'évaluer précisément le niveau d'exhaustivité atteint. Par comparaison aux données du PMSI, on peut affirmer que les différences régionales sont importantes et qu'il faudra adapter, avec les équipes projet régionales, les actions locales de communication à la situation de chaque région. Ces comparaisons sont cependant à prendre avec recul du fait des limites du PMSI, notamment connues pour le mésothéliome pleural⁹. Les registres de cancers Francim ont mené une étude de concordance entre les données du PMSI et les données de quatre registres départementaux pour l'année 2004. Pour les mésothéliomes, la sensibilité du PMSI (rapport des vrais positifs sur le nombre total de cas recensés par les registres) était de 65% et la valeur prédictive positive (rapport des vrais positifs sur le nombre total de patients hospitalisés pour cancer en 2004) était de l'ordre de 40%. Avec le chaînage possible des cas du PMSI, ces valeurs ont cependant augmenté.

De même, il est difficile de juger de l'exhaustivité régionale atteinte par la DO pour les mésothéliomes péritonéaux. Néanmoins, l'effectif DO représentait 47% de l'effectif PMSI pour 2012, ce qui peut être considéré comme acceptable pour une première année de mise en place du dispositif. Les cas de mésothéliomes péritonéaux faisant partie des populations cibles des enquêtes d'exposition, il sera nécessaire d'augmenter, d'une part, l'exhaustivité et, d'autre part, la réactivité du système en diminuant le délai de notification, qui est en moyenne de 100 jours pour cette localisation, sachant que la durée de survie dépasse rarement 1 an.

Conclusion

La DO des mésothéliomes est un système encore jeune. L'utilité du volet « *renforcement de la surveillance* » méritera d'être réévalué à plus long terme. La DO des mésothéliomes devrait permettre de produire des indicateurs d'incidence des mésothéliomes au niveau national et régional, en particulier des mésothéliomes hors plèvre et sur les zones non couvertes par le PNSM. Le volet « *enquête d'exposition* » des populations cibles, repérées grâce à la DO, produit de premiers résultats jugés encourageants par le Comité de pilotage du dispositif. Ils devraient permettre d'approfondir la connaissance sur les expositions et notamment les expositions environnementales à l'amiante des populations estimées comme particulièrement d'intérêt (cas extrapleurales, femmes, hommes de moins de 50 ans), ce qui concerne un tiers des cas de mésothéliomes.

Il s'agit d'une DO à visée d'amélioration des connaissances épidémiologiques, ce qui impose une contrainte forte d'atteinte de l'exhaustivité et donc la participation de l'ensemble des médecins. Par conséquent, il est essentiel que les médecins pensent à déclarer tous les cas de mésothéliome diagnostiqués depuis janvier 2012.

La DO et le PNSM s'intègrent dans le dispositif national de surveillance épidémiologique des mésothéliomes soutenu par le Plan cancer 2014-2019. L'ensemble des connaissances produites sur les mésothéliomes et les sources d'exposition, notamment environnementales, devrait permettre d'orienter davantage les actions collectives de prévention et accroître la reconnaissance médicosociale pour un bénéfice individuel des patients. ■

Remerciements

Les auteurs remercient l'ensemble des médecins déclarants, la Société française de pathologie, le groupe Mesopath, le Conseil national de pathologie, les pneumologues participants et la Société de pneumologie de langue française (SPLF), le Réseau des tumeurs rares du péritoine (Renape), le Centre expert national pour les mésothéliomes malins de la plèvre (Mesoclin), le Conseil national de cancérologie, les réseaux régionaux de cancérologie (RRC), les Agences régionales de santé (ARS) ainsi que les membres du Comité de pilotage du projet.

Pour télécharger le Bulletin de rétro-information n° 1 du réseau DO mésothéliomes : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Travail-et-sante/Declaration-obligatoire-des-mesotheliomes/Bulletin-national-du-reseau-de-surveillance>

Références

- [1] Marinaccio A, Binazzi A, Di Marzio D, Scarselli A, Verardo M, Mirabelli D, *et al.* Incidence of extrapleural malignant mesothelioma and asbestos exposure, from the Italian national register. *Occup Environ Med.* 2010;67(11):760-5.
- [2] Goldberg S, Rey G. Modélisation de l'évolution de la mortalité par mésothéliome de la plèvre en France. Projections à l'horizon 2050. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2012. 27 p. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=11334
- [3] Le Stang N, Belot A, Gilg Soit Ilg A, Rolland P, Astoul P, Bara S, *et al.* Evolution of pleural cancers and malignant pleural mesothelioma incidence in France between 1980 and 2005. *Int J Cancer.* 2010;126(1):232-8.
- [4] Lacourt A, Gramond C, Rolland P, Ducamp S, Audignon S, Astoul P, *et al.* Occupational and non-occupational attributable risk of asbestos exposure for malignant pleural mesothelioma. *Thorax.* 2014;69(6):532-9.
- [5] Boffetta P. Epidemiology of peritoneal mesothelioma: a review. *Ann Oncol.* 2007;18(6):985-90.
- [6] Chérié-Challine L, Imbernon E. Déclaration obligatoire des mésothéliomes : contexte, résultats de la phase pilote, perspectives. *BEH Web.* 2012;(1):1-5. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=10606
- [7] Chérié-Challine L, Bonnet N, Imbernon E. Déclaration obligatoire (DO) des mésothéliomes. 2012, première année de fonctionnement du dispositif national. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2014. 63 p. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=12100
- [8] Sugarbaker PH. Local-regional approach to diffuse malignant peritoneal mesothelioma. *Gastroenterol Clin Biol.* 2007;31(10):780-1.

[9] Geoffroy-Perez B, Imbernon E, Gilg Soit Ilg A, Goldberg M. Confrontation des données du Programme national de surveillance du mésothéliome (PNMS) et du Programme de médicalisation du système d'information (PMSI). Rev Epidemiol Santé Publique. 2006;54(6):475-83.

Citer cet article

Gallot C, Bonnet N, Chérié-Challine L. Déclaration obligatoire des mésothéliomes en France : principaux résultats, 2012-2013. Bull Epidemiol Hebd. 2015;(3-4):47-54. http://www.invs.sante.fr/beh/2015/3-4/2015_3-4_3.html

ARTICLE // Article

ESTIMATION DE L'EXPOSITION PROFESSIONNELLE À L'AMIANTE EN FRANCE DANS LA POPULATION DES HOMMES ARTISANS RETRAITÉS DU RÉGIME SOCIAL DES INDÉPENDANTS (RSI) À PARTIR DES DONNÉES DU PROGRAMME ESPRI

// PAST OCCUPATIONAL ASBESTOS EXPOSURE ESTIMATION IN RETIRED CRAFTSMEN FROM THE SELF-EMPLOYED WORKERS MEDICAL INSURANCE IN FRANCE (RSI), FROM THE ESPRI PROGRAM

Hélène Goulard^{1,2} (helene.goulard@isped.u-bordeaux2.fr), Julie Homère^{1,2}, Sabyne Audignon-Durand² et l'équipe du Régime social des indépendants*

¹ Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

² Université de Bordeaux, Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement (Isped), Inserm U897, Bordeaux, France

* Régime social des indépendants (RSI) national : S. Deschaume, A. Masclaux, P. Perrot, M. Risse-Fleury, P. Vernay ; RSI Aquitaine : V. Duprat, V. Farines, B. Lescaudet, W. Roy, E. Saubusse ; RSI Limousin : M. Chassain, P. Flahou, S. Cosse ; RSI Poitou-Charentes : K. Baloge, C. Fleury, C. Germon, B. Martin-Silva, D. Simon ; RSI Basse-Normandie : R. Bazille, JP. Lechartier, T. Preaux, P. Wissocq, I. Zen ; RSI Haute-Normandie : L. Druaux, M. Leroy ; RSI Nord-Pas-de-Calais : J. Deligne, C. Hantson ; RSI Picardie : J. Caron, JP. Orain, E. Therry ; RSI Midi-Pyrénées : M. Tanguy.

Soumis le 28.07.2014 // Date of submission: 07.28.2014

Résumé // Abstract

Le programme ESPRI (Épidémiologie et surveillance des professions indépendantes), mis en place en 2005 en collaboration avec le Régime social des indépendants dans sept régions de France métropolitaine, est constitué de deux volets : le suivi post-professionnel et le suivi épidémiologique. Le premier volet a pour objectif de repérer, parmi les artisans nouvellement retraités, une éventuelle exposition professionnelle passée à l'amiante.

Cet article présente le profil des répondants, leur carrière et, à partir des données observées, les prévalences d'exposition vie entière, les durées d'exposition cumulées et les niveaux d'exposition maximum atteints durant toute la carrière, estimés pour l'ensemble des artisans retraités concernés et selon les secteurs d'activité. La prévalence d'exposition au cours de leur carrière dans l'ensemble de la population des hommes artisans retraités a été estimée à 64% (IC95%: [63-66]).

The ESPRI Programme (Epidemiology and Surveillance of Independent Occupations Programme) set up in 2005 in collaboration with the Social Security Scheme for Independent Workers (RSI) in seven French administrative areas has two components : a post occupational surveillance program and a cohort survey. The first component aims to identify any past occupational asbestos exposure among newly retired craftsmen.

This report presents the participants profile, careers and from observed data, the exposure characteristics of lifelong exposure prevalence, the cumulated duration of exposures, and the maximum exposure levels of occupational asbestos exposure were estimated in the French population of retired craftspeople by industry. The lifelong occupational asbestos exposure was estimated at 64% (CI95%: [63-66]) in the retired population of craftsmen.

Mots-clés : Surveillance épidémiologique, Risques professionnels, Amiante, Artisan, France

// **Keywords:** Epidemiological surveillance, Occupational risk, Asbestos, Self-employed craftsman, France

Introduction

Historiquement, les expositions à l'amiante ont principalement eu lieu dans le cadre d'une activité professionnelle. Les pathologies qu'elles génèrent (notamment mésothéliomes et autres cancers) surviennent le plus souvent alors que les travailleurs

ont cessé leur activité, compte tenu des temps de latence. La quantification de l'exposition passée de populations retraitées est ainsi utile pour évaluer l'impact potentiel de cette exposition en population. Des estimations récentes faites par l'Institut de veille sanitaire (InVS), issues d'un échantillon de 10 000 parcours professionnels, indiquaient