

La tendance de ces estimations nationales ne pourra être étudiée de façon valide que lorsque les données de mortalité par tumeur maligne de la plèvre et celles d'incidence du mésothéliome pleural dans les départements du PNSM seront disponibles sur une période plus longue. De plus, l'utilisation de la CIM10 à partir de l'année 2000 devrait permettre d'affiner l'estimation grâce à l'existence du code C450 spécifique du mésothéliome.

Une étude complémentaire est en cours afin d'obtenir une estimation plus précise du ratio Incidence/Mortalité. Cette étude est basée sur la confrontation individuelle de certificats de décès et des données du PNSM dans les départements qui y participent. Elle permettra d'estimer la proportion de certificats de décès portant le code CIM9-163 pour les décès survenus avant 2000 (CIM10-C450 pour les années suivantes), parmi les cas incidents du PNSM qui sont décédés, ainsi que la proportion de mésothéliomes pleuraux validés par le PNSM parmi

les décès codés CIM9-163 ou CIM10-C450 dans les mêmes départements. Cette étude permettra également d'estimer la proportion de cas enregistrés dans le PNSM l'année N et décédés l'année N+1.

RÉFÉRENCES

- [1] Estimation provisoire de l'incidence nationale du mésothéliome pleural à partir du Programme National de Surveillance du Mésothéliome. Année 1998. Bull Epidemiol Hebdo 2002;3.
- [2] Remontet L et al. Cancer incidence and mortality in France over the period 1978-2000. Rev Epidemiol Santé Publique 2003;51: 3-30.

REMERCIEMENTS

A l'ensemble des enquêteurs des centres de recueil du PNSM pour leur travail d'investigation.

Le PNSM bénéficie d'un financement de la Direction des relations du travail du ministère de l'Emploi et de la Solidarité, de la Fondation de la recherche médicale et de l'Institut de veille sanitaire.

Impact du PNSM sur la prise en charge médico-sociale des mésothéliomes pleuraux, 1999-2001

Soizick Chamming's¹, Nicole Bertin², Patrick Rolland^{3,4}, Philippe Astoul⁵, Patrick Brochard³, Françoise Galateau-Sallé⁶, Guy Launoy⁷, Anabelle Gilg Soit Ilg⁴, Marcel Goldberg⁴, Ellen Imbernon⁴, Yuriko Iwatsubo⁸, Dominique Valeyre⁹, Jean-Claude Pairon^{1,8}

¹ Institut interuniversitaire de médecine du travail de Paris Ile-de-France, Paris ² Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, Paris
³ Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement, Bordeaux ⁴ Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice ⁵ Hôpital Sainte-Marguerite, Marseille
⁶ CHU, Caen ⁷ Registre des tumeurs digestives du Calvados, Caen ⁸ Equipe mixte Inserm 03 37, Créteil ⁹ Hôpital Avicenne, Bobigny

INTRODUCTION

Le mésothéliome pleural, du fait de sa spécificité étiologique, est l'un des cancers pour lequel le lien avec une exposition professionnelle antérieure devrait systématiquement être évoqué, et une déclaration en maladie professionnelle (DMP) proposée le plus souvent, sachant que seul l'assuré peut en faire la demande. Le Régime général de la Sécurité sociale (RGSS) est le seul système de protection sociale qui publie régulièrement le nombre de cas reconnus par tableau. Les statistiques de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CnamTS) font état d'une augmentation du nombre de cas de mésothéliome reconnu et indemnisés dans le cadre du RGSS au cours de la dernière décennie (56 cas en 1991, 94 en 1996 et 226 en 2001) [1].

Pour la période 1986 à 1993, Goldberg et al [2] ont estimé que le taux de reconnaissance en maladie professionnelle (MP) du mésothéliome pleural était d'environ 25 %. Les mêmes types de résultats ont été observés dans d'autres pays industrialisés [3].

Le volet médico-social du Programme national de surveillance du mésothéliome (PNSM) a pour objectif d'évaluer et d'améliorer la prise en charge en maladie professionnelle des mésothéliomes pleuraux pour lesquels une exposition professionnelle à l'amiante est identifiée.

PATIENTS ET MÉTHODES

Données recueillies dans les départements du PNSM

L'étude a été réalisée en partenariat avec la CnamTS sur 18 des 21 départements que couvre actuellement le PNSM. Pour chaque sujet diagnostiqué entre 1999 et 2001, les données suivantes ont été recueillies auprès de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de son domicile : sujet relevant ou non du RGSS, déclaration ou non de maladie professionnelle, le cas échéant nature de l'avis donné par la Sécurité sociale (régime général) ; en cas de refus, type du refus (médical : désaccord du médecin conseil sur le diagnostic de l'affection ; ou administratif : exposition à l'amiante non retrouvée). L'exposition professionnelle à l'amiante a été obtenue, pour les sujets qui ont pu bénéficier d'un interrogatoire spécifique, auprès du volet « étiologie » du PNSM sur la base de l'expertise de questionnaires professionnels. Le nombre annuel de cas de mésothéliomes admis en maladie au titre d'une Affection longue durée (ALD 30, codes C45, C450, C459, de la Cim10) a été obtenu auprès des services compétents de la CnamTS. En effet, compte tenu des délais administratifs nécessités par la reconnaissance en maladie professionnelle, certains malades demandent à bénéfi-

cier de l'exonération du ticket modérateur (ETM) dans le cadre de la réglementation des ALD 30 sans attendre le résultat de la procédure de reconnaissance en maladie professionnelle.

Données recueillies dans les départements hors PNSM

Afin d'évaluer l'impact du PNSM sur les demandes des assurés et la reconnaissance en maladie professionnelle une étude a été initiée, également en collaboration avec la CnamTS, dans 64 départements hors PNSM. Pour cela, toutes les demandes de reconnaissance en maladie professionnelle pour mésothéliome en 1999 ou 2000 (quel que soit l'avis donné par la Sécurité sociale) ont été comparées au nombre annuel de cas de mésothéliomes acceptés au titre de l'ALD 30.

Analyse

Une comparaison des déclarations en maladie professionnelle a été effectuée parmi les personnes relevant du RGSS dans les quatre départements du PNSM (Gironde, Isère, Loire-Atlantique et Seine-Saint-Denis) comportant un nombre de cas de mésothéliome jugé suffisant ($n \geq 30$ sur 1999-2001, afin de minimiser les fluctuations des paramètres étudiés, liées à de faibles effectifs). Les taux de reconnaissance parmi les DMP ont ensuite été comparés entre départements PNSM et hors PNSM. Afin de comparer les taux de déclarations des départements PNSM et hors PNSM, les ratio nombre de DMP / nombre de cas ayant obtenu une prise en charge en ALD 30 pour mésothéliome pleural ont été calculés dans chaque population, puis comparés. Seuls ont été retenus les départements dont le nombre d'ALD 30 dépassait 15 sujets sur la période 1999-2000 (soit 8 départements), là encore pour minimiser les fluctuations du ratio liées à de faibles effectifs.

RÉSULTATS

Départements PNSM (tableau 1)

Pour les années 1999-2001, 449 cas ont été enregistrés dans les 18 départements du PNSM retenus et sont « non exclus » par le collège français des anatomo-pathologistes spécialistes du mésothéliome (groupe Mésopath), et 68 % de ces cas relèvent du RGSS. Une demande de reconnaissance en MP a été effectuée par 62 % ($n = 189$) de ces sujets qui, le plus souvent (91 %), ont bénéficié d'un accord de la Sécurité sociale. Les refus (8 % des sujets) sont tous de type administratif.

Les proportions de cas relevant du RGSS sont de 64 % en Loire-Atlantique, 70 % en Gironde, 77 % en Seine-Saint-Denis, 89 % en Isère ($p < 0,01$). En Loire-Atlantique, 13 % des sujets relevant du RGSS n'ont pas fait de déclaration de MP, alors que la proportion atteint 33 % en Gironde, 42 % en Seine-Saint-Denis et 46 % en Isère ($p < 0,01$).

Tableau 1

Description du devenir médico-social des sujets des départements PNSM atteints de mésothéliome pleural et relevant du régime général de la Sécurité sociale, 1999-2001

Départements	14	21	24	25	33	34	38	40	44	47	60	61	64	67	68	80	81	93	Total	%
Cas non exclus	25	9	8	7	60	15	61	14	69	8	29	14	18	18	7	6	7	74	449	
Cas RGSS	14	6	7	4	42	9	54	11	44	1	13	11	12	13	3	3	2	57	306	68 %
DMP demandées	9	1	3	2	28	4	29	8	38		11	3	5	9	3	3		33	189	62 %
Exposés	8		3	2	25	2	13	6	27		9	1	3	9	3	1		29	141	75 %
Non exposés					1		2		1				1					1	6	3 %
Non renseigné	1	1			2	2	14	2	10		2	2	1			2		3	42	22 %
DMP accordées	9	1	3	2	21	4	26	6	38		11	3	4	9	2	3		30	172	91 %
Exposés	8		3	2	19	2	12	4	27		9	1	3	9	2	1		27	129	75 %
Non exposés					1		1		1										2	1 %
Non renseigné	1	1			2	2	13	2	10		2	2	1			2		3	41	24 %
DMP refusées					7		3	1					1		1			2	15	8 %
Exposés					6		1	1							1			1	10	67 %
Non exposés					1		1						1					1	4	27 %
Non renseigné							1												1	6 %
DMP non demandées	5	5	4	2	14	5	25	3	6	1	2	8	7	4			2	24	117	38 %
Exposés	1	1	2	2	2	4	5	2	3	1		1	4	3			1	14	46	39 %
Non exposés	1	3	1		5	1	5	1	2			2					1	7	29	25 %
Non renseigné	3	1	1		7		15		1		2	5	3	1				3	42	36 %

DMP : déclaration en maladie professionnelle

Le devenir des « DMP demandées » n'est pas connu dans 2 cas, 1 dans les Landes et 1 en Seine-Saint-Denis, soit 1 %. Ces dossiers sont en cours d'instruction et correspondent à des sujets exposés.

Départements hors PNSM

L'étude concerne 367 sujets ayant déclaré un mésothéliome en MP provenant de 64 départements. Globalement, 92 % (n = 339) des sujets ont été reconnus, tandis que 8 % (n = 28) ont reçu un avis de refus, le plus souvent (86 %) pour un motif administratif.

Ratio déclaration en maladie professionnelle / prise en charge en ALD 30 pour mésothéliome pleural (tableau 2)

Ce ratio varie largement d'un département à l'autre dans les départements hors PNSM comme dans les départements du PNSM. Il est en moyenne de 0,74 sur les 4 départements hors PNSM étudiés. Le ratio est plus élevé dans les départements du PNSM évalués, où il est en moyenne de 1,18.

Tableau 2

Ratio déclaration en maladie professionnelle/prise en charge en ALD 30 pour mésothéliome pleural (départements pour lesquels n ≥ 15 ALD 30 en 1999-2000)

Département	Nombre d'affiliés au RGSS	Nombre ALD 30 pour mésothéliome pleural	DMP*	Ratio DMP/ALD 30	Ratio DMP/affiliés RGSS (n/10 ⁵)
Hors PNSM					
59	2 310 261	63	52	0,82	2,25
62	1 189 828	15	9	0,60	0,76
75	2 233 338	22	9	0,41	0,36
77	1 012 790	21	20	0,95	1,97
Total	6 746 217	121	90	0,74	1,33
PNSM					
33	1 066 915	18	13	0,72	1,20
38	968 431	16	21	1,31	2,17
44	966 771	21	30	1,43	3,10
93	1 271 210	18	22	1,22	1,73
Total	4 273 327	73	86	1,18	2

ALD 30 : affection longue durée (prise en charge à 100 % en assurance maladie)

RGSS : régime général de la Sécurité sociale

DMP : déclaration en maladie professionnelle

* mésothéliomes déclarés quel que soit le site (plèvre, péritoine, péricarde) pour les départements hors PNSM ; mésothéliomes pleuraux pour les départements PNSM.

DISCUSSION

Les données recueillies sur 18 départements relevant du PNSM et 64 départements hors PNSM permettent de conclure à une fréquence élevée de reconnaissance en MP dans les départements PNSM comme dans les départements hors PNSM, pour les sujets relevant du RGSS qui ont effectué une déclaration de maladie professionnelle.

Dans les départements du PNSM, la proportion de cas relevant du RGSS varie largement d'un département à l'autre ainsi que la proportion de déclarations. Une fraction non négligeable (39 %) des cas non déclarés concerne des sujets ayant une exposition professionnelle à l'amiante identifiée.

Dans les départements du PNSM seulement 62 % des sujets relevant du RGSS ont fait une DMP. La proportion de cas déclarés semble pourtant plus élevée que dans les départements hors PNSM, si l'on admet que le ratio DMP / nombre de prise en charge en ALD 30 est valide pour estimer cette proportion. En effet, ce ratio est nettement plus élevé dans les départements du PNSM (1,18) que dans les départements hors PNSM (0,74).

CONCLUSION

Un « effet PNSM » semble observé sur la démarche de DMP chez les personnes relevant du RGSS. Il pourrait être utile d'évaluer de façon plus fine, à partir de listes nominatives de patients, le ratio DMP / prise en charge en ALD 30, afin de le mesurer plus précisément.

En outre, il serait sans doute intéressant de pouvoir évaluer l'effet de la mise en place du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva [4]) sur les demandes de reconnaissance en MP du RGSS.

RÉFÉRENCES

- [1] CnamTS. Statistiques nationales des accidents du travail, des accidents de trajet et des maladies professionnelles. Année 2001. Paris 2003, 518 p.
- [2] Goldberg M, Goldberg S, Luce D. Disparités régionales de la reconnaissance du mésothéliome de la plèvre comme maladie professionnelle en France (1986-1993). Rev Epidém et Santé Publ 1999 ; 47 : 421-31.
- [3] Andersson E, Toren K. Pleural mesotheliomas are underreported as occupational cancer in Sweden. Am J Ind Med 1995;27: 577-80.
- [4] Fiva : Article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23.12.00 relatif au financement de la Sécurité sociale. JORF 24 décembre 2000 ; 20 569-20 570.

ERRATUM

Dans l'article intitulé Observatoires régionaux du pneumocoque : analyse de la résistance aux antibiotiques et des sérotypes de Streptococcus pneumoniae en 2001 (BEH n°37/2003 du 16 septembre 2003), nous vous signalons les erreurs suivantes : figure 5 : inversion des couleurs ; figure 7 : inversion des légendes ; discussion / avant-dernier paragraphe / 2^e phrase : paracentèse et non parasynthèse. Pour un article corrigé, consulter la rubrique BEH sur le site de l'InVS : <http://www.invs.sante.fr>

Directeur de la publication : Pr Gilles Brücker, directeur général de l'InVS
 Rédactrice en chef : Florence Rossollin, InVS, f.rossollin@invs.sante.fr
 Présidente du comité de lecture : Pr Elisabeth Bouvet, Hôpital Bichat, CCLIN Paris-Nord - Comité de rédaction : Dr Thierry Ancelle, InVS ; Dr Rosemary Ancelle-Park, InVS ; Dr Pierre Arwidson, Inpes ; Dr Jean-Pierre Aubert, médecin généraliste ; Danièle Fontaine, Fnors ; Eugénia Gomes do Espírito Santo, InVS ; Dr Catherine Ha, InVS ; Dr Magid Herida, InVS ; Dr Loïc Jossier, InVS ; Eric Jouglu, Inserm CépiDc ; Dr Agnès Lepoutre, InVS ; Ghislain Manet, CIRE-Ouest.

N°CPP : 0206 B 02015 - N°INPI : 00 300 1836 -ISSN 0245-7466
 Institut de veille sanitaire - Site internet : www.invs.sante.fr

Diffusion / abonnements : Institut de veille sanitaire - BEH abonnements

12, rue du Val d'Osne - 94415 Saint-Maurice Cedex

Tel : 01 41 79 67 00 - Fax : 01 41 79 68 40 - Mail : abobeh@invs.sante.fr

Tarifs 2002 : France 46,50 € TTC - Europe 52,00 € TTC

Dom-Tom et pays RP (pays de la zone francophone de l'Afrique,

hors Maghreb, et de l'Océan Indien) : 50,50 € HT

Autres pays : 53,50 € HT (supplément tarif aérien rapide : + 3,90 € HT)