

## SANTÉ

### SANTÉ PUBLIQUE

Protection sanitaire, maladies, toxicomanie, épidémiologie, vaccination, hygiène

MINISTÈRE DU TRAVAIL,  
DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

#### **Arrêté du 6 février 2012 modifiant l'arrêté du 22 août 2011 relatif à la notification obligatoire des maladies infectieuses et autres maladies mentionnées à l'article D. 3113-7 du code de la santé publique**

NOR : ETSP1203677A

*Publics concernés* : médecins déclarants (cliniciens, pathologistes), agences régionales de santé.

*Objet* : formulaires à utiliser pour notifier les mésothéliomes.

*Entrée en vigueur* : le texte entre en vigueur le lendemain de sa publication.

*Notice* : le présent arrêté a pour objet de publier les modèles des formulaires devant être utilisés par les médecins déclarants pour la déclaration obligatoire des mésothéliomes. Cet arrêté est pris en application du décret n° 2012-47 du 16 janvier 2012 complétant la liste des maladies faisant l'objet d'une transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire. Les modèles Cerfa n° 14567\*01 pour le formulaire destiné aux cliniciens et n° 14568\*01 pour le formulaire destiné aux pathologistes sont téléchargeables *via* le site Internet de l'Institut de veille sanitaire.

*Références* : le présent arrêté est pris en application de l'article R. 3113-2 du code de la santé publique. Le texte peut être consulté sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr>). L'annexe de l'arrêté paraîtra au *Bulletin officiel* du ministère chargé de la santé.

Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé et la secrétaire d'État auprès du ministre du travail, de l'emploi et de la santé, chargée de la santé,

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L. 3113-1, R. 3113-1 à D. 3113-7 ;

Vu l'arrêté du 22 août 2011 relatif à la notification obligatoire des maladies infectieuses et autres maladies mentionnées à l'article D. 3113-7 du code de la santé publique ;

Vu la notification d'autorisation délivrée par la Commission nationale de l'informatique et des libertés n° 902305-v10 et la lettre de la CNIL du 3 décembre 2010,

Arrêtent :

#### Article 1<sup>er</sup>

À l'article 1<sup>er</sup> de l'arrêté du 22 août 2011 susvisé, après les mots : « Tétanos (annexe 30) » est ajouté un alinéa avec les mots suivants :

« Mésothéliomes (annexe 31) ».

#### Article 2

À l'annexe de l'arrêté du 22 août 2011 susvisé, après la première phrase, est insérée la phrase suivante : « L'annexe 31 sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité n° 2012/03 du mois de mars 2012. »

Article 3

Le directeur général de la santé est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 6 février 2012.

*Le ministre du travail,  
de l'emploi et de la santé,*  
Pour le ministre et par délégation :  
*Le directeur général de la santé,*  
J.-Y. GRALL

*La secrétaire d'État  
auprès du ministre du travail,  
de l'emploi et de la santé,  
chargée de la santé,*  
Pour la secrétaire d'État  
et par délégation :  
*Le directeur général de la santé,*  
J.-Y. GRALL

*Nota.* – L'annexe 31 sera publiée au *Bulletin officiel santé, protection sociale, solidarité* n° 2012/03 du mois de mars 2012.

ANNEXE 31

(Texte non paru au *Journal officiel*)

République française	
<b>Médecin clinicien déclarant</b> Nom : _____ Spécialité : _____ Institution : _____ Téléphone : _____ Date de déclaration : _____	<b>Médecin pathologiste chargé du diagnostic histologique (à renseigner par le clinicien)</b> Nom : _____ Adresse de la structure : _____ Téléphone : _____

Maladie à déclaration obligatoire N° 14567\*01

**Mésothéliomes**  
**Formulaire clinicien**

**Important :** à remplir et à **faxer** rapidement au médecin de l'ARS au numéro suivant :

Sélectionner votre région d'exercice

Coordonnées du patient (à remplir par le clinicien, variables obligatoires nécessaires pour générer le code d'anonymat)	
Nom patronymique : _____	Prénom : _____
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance : _____

A remplir par l'ARS

Code d'anonymat : \_\_\_\_\_ Date de notification : \_\_\_\_\_

Code d'anonymat : \_\_\_\_\_ Date de notification : \_\_\_\_\_

Informations sur le patient et le mésothéliome (à remplir par le clinicien)	
<b>1 - Données patient</b>	
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Date de naissance : _____	
Lieu de naissance (commune et département ou pays) : .....	
Code postal de résidence : _____	
et/ou Commune et département de résidence (en clair) : .....	
<b>2 - Mode de diagnostic :</b> <input type="checkbox"/> chirurgie <input type="checkbox"/> ponction/biopsie <input type="checkbox"/> clinique <input type="checkbox"/> radiologique	
<b>3 - Site :</b> <input type="checkbox"/> plèvre <input type="checkbox"/> péritoine <input type="checkbox"/> péricarde <input type="checkbox"/> sans précision <input type="checkbox"/> autre, préciser : .....	
<b>4 - Diagnostic anatomo-pathologique :</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Si oui, date de prélèvement : _____ Si non, date autre diagnostic : _____	
Type histologique : <input type="checkbox"/> épithélioïde <input type="checkbox"/> sarcomatoïde <input type="checkbox"/> desmoplastique <input type="checkbox"/> mixte (biphasique) <input type="checkbox"/> mésothéliome SAI	
<input type="checkbox"/> papillaire superficiel bien différencié <input type="checkbox"/> autre, préciser : .....	
<b>5 - Contact professionnel connu avec de l'amiante :</b>	
- avis du clinicien : <input type="checkbox"/> pas de contact connu <input type="checkbox"/> contact certain ou très vraisemblable <input type="checkbox"/> possible <input type="checkbox"/> ne sait pas	
- avis du patient : <input type="checkbox"/> pas de contact connu <input type="checkbox"/> contact certain ou très vraisemblable <input type="checkbox"/> possible <input type="checkbox"/> ne sait pas	
Emploi et secteur associés à l'exposition cumulée à l'amiante la plus importante : .....	
Pendant combien d'années : _____	

<b>Médecin clinicien déclarant (à remplir par le clinicien)</b> Nom : _____ Spécialité : _____ Tampon : _____  Dater et signer : _____	<b>A remplir par l'ARS et faxer à l'InVS (attention : numéro dédié à la DO mésothéliomes)</b> Région : _____ <b>Médecin pathologiste chargé du diagnostic histologique</b> Nom : _____ Structure : _____
---	--

République française

<b>Médecin pathologiste déclarant</b> Nom : _____ Adresse de la structure : _____ Téléphone : _____ Télécopie : _____	<b>Médecin clinicien prescripteur (à renseigner par le pathologiste)</b> Nom : _____ Spécialité : _____ Institution : _____ Téléphone : _____
---	---

Maladie à déclaration obligatoire <b>Mésothéliomes</b> Formulaire pathologiste N° 14568*01
---

**Important** : à remplir et à faxer rapidement au médecin de l'ARS au numéro suivant :

Sélectionner votre région d'exercice

<b>Coordonnées du patient (à remplir par le pathologiste, variables obligatoires nécessaires pour générer le code d'anonymat)</b>	
Nom patronymique : _____	Prénom : _____
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance : _____

A remplir par l'ARS

Code d'anonymat : \_\_\_\_\_ Date de notification : \_\_\_\_\_



Code d'anonymat : \_\_\_\_\_ Date de notification : \_\_\_\_\_

<b>Informations sur le patient et le mésothéliome (à remplir par le pathologiste)</b>	
<b>1 - Données patient</b> Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Date de naissance : _____ Lieu de naissance (commune et département ou pays) : ..... Code postal de résidence : _____ et/ou Commune et département de résidence (en clair) : .....	
<b>2 - Mode de diagnostic :</b> <input type="checkbox"/> cytologie <input type="checkbox"/> ponction/biopsie radioguidée <input type="checkbox"/> biopsie/pièce opératoire <input type="checkbox"/> autopsie	
<b>3 - Données anatomo-pathologiques :</b> Date de prélèvement : _____ Numéro d'examen : _____ Type histologique : <input type="checkbox"/> épithélioïde <input type="checkbox"/> sarcomatoïde <input type="checkbox"/> desmoplastique <input type="checkbox"/> mixte (biphasique) <input type="checkbox"/> mésothéliome SAI <input type="checkbox"/> papillaire superficiel bien différencié <input type="checkbox"/> autre, préciser : ..... Site : <input type="checkbox"/> plèvre <input type="checkbox"/> péritoine <input type="checkbox"/> péricarde <input type="checkbox"/> sans précision <input type="checkbox"/> autre, préciser : .....	



<b>Médecin pathologiste déclarant (à renseigner par le pathologiste)</b> Nom : _____ Tampon ou coordonnées de la structure : _____ Dater et signer : _____	<b>A remplir par l'ARS et faxer à l'InVS (attention : numéro dédié à la DO mésothéliomes)</b> Région : _____ Médecin clinicien prescripteur : nom : _____ Spécialité : _____ Institution : _____ Patient : code postal ou commune/département de résidence : ..... Contact professionnel avec de l'amiante (recueil auprès du médecin clinicien) : <input type="checkbox"/> pas de contact connu <input type="checkbox"/> certain ou très vraisemblable <input type="checkbox"/> possible <input type="checkbox"/> ne sait pas
---	--

Maladie à déclaration obligatoire (Art L3113-1, R3113-2, D3113-7 du Code de la santé publique)  
Information individuelle des personnes - Droit d'accès et de rectification par l'intermédiaire du clinicien déclarant (loi du 6 janvier 1978) - Centralisation des informations à l'Institut de veille sanitaire