

Bulletin de veille sanitaire — N° 4 / Avril 2012



Source : Cire Sud

Page 1

Deux épidémies de botulisme liées à la consommation de tapenade, France, septembre 2011

Page 3

Pollution atmosphérique et hospitalisations autour de l'Etang de Berre

Page 5

Etude d'impact sanitaire de la pollution de l'air dans 6 villes de Paca, 2004-2006

Page 7

Surveillance des maladies à caractère professionnel en Paca

Page 8

Observatoire REVELA 13

| Deux épidémies de botulisme liées à la consommation de tapenade, France, septembre 2011 |

Alerte

Début septembre 2011, dans le département du Vaucluse, un clinicien hospitalier a signalé à l'Agence régionale de santé (ARS) de Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca) la survenue de cinq cas suspects de botulisme parmi huit personnes qui avaient assisté à un dîner familial (foyer 1). Les cinq cas, âgés de 50 à 80 ans, ont présenté des symptômes classiques du botulisme (symptômes gastro-intestinaux suivis par une paralysie descendante 24 à 36 heures après le repas). Tous ont été hospitalisés le jour même de l'apparition des symptômes ou le lendemain, leur état nécessitant une intubation et ventilation mécanique ainsi que l'administration d'antitoxine trivalente. Un autre cas suspect, qui avait assisté au même dîner et était initialement asymptomatique, a développé des symptômes bénins de botulisme (vision double, ptosis et difficulté à avaler) sept jours après le repas familial. Cette personne, hospitalisée le jour de l'apparition de ses symptômes, n'a pas développé de paralysie des membres ou des muscles respiratoires et a quitté l'hôpital trois jours après son admission.

Un second foyer de trois cas suspects (foyer 2) a été signalé deux jours après la notification du foyer 1, parmi six personnes ayant aussi assisté à un dîner familial, dans le département de la

Somme. Les cas, âgés d'une vingtaine d'années, ont présenté des symptômes classiques du botulisme un jour après le dîner et ont été hospitalisés le même jour, car nécessitant une intubation et assistance respiratoire, ainsi que l'administration d'antitoxine. Deux personnes asymptomatiques, qui avaient également assisté à ce dîner, ont été hospitalisées 48 heures pour observation.

Une enquête a été réalisée dès la notification du premier foyer afin de confirmer le diagnostic, identifier les éventuels cas supplémentaires et le véhicule de l'intoxication et mettre en place des mesures de contrôle appropriées.

Lorsque le premier foyer a été notifié, le Ministère de la santé a adressé un message urgent à tous les hôpitaux français et les centres antipoison avertissant sur l'épidémie. Les autorités sanitaires locales ont demandé à tous les cliniciens hospitaliers de signaler immédiatement tout cas suspect de botulisme. Les repas pris par les cas suspects dans les deux à trois jours avant l'apparition des symptômes ont été reconstitués par questionnaire, précisant le type de nourriture, la marque, la date et le lieu d'achat des aliments, en axant en particulier sur le repas partagé par chacune des familles.

[Suite page 2...](#)

JRVS

21 septembre 2012

Notez cette date dans votre agenda

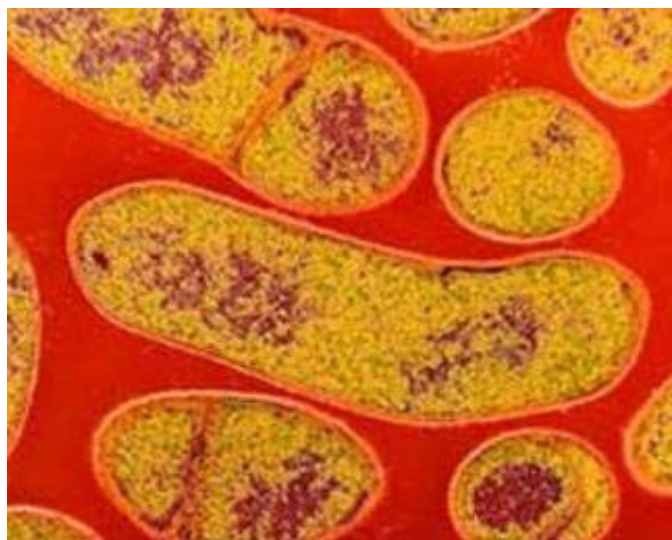
1^{ère} Journée régionale de veille sanitaire en région Paca

Mieux signaler ...

... pour mieux prévenir et mieux agir

Modalités d'inscription et programme prochainement

| Encadré 1 | *Clostridium Botulinum*



Source : <http://www.human-healths.com>

Echantillons cliniques

Des échantillons de sérum, suc gastrique et selles provenant des cas suspects et des échantillons de restes d'aliments des deux repas familiaux ont été analysés par le Centre National de Référence (CNR) des bactéries anaérobies et du botulisme à l'Institut Pasteur à Paris. La toxine botulique de type A a été identifiée dans des échantillons de sérum provenant de sept des neuf cas suspects, par le test de létalité de la souris. *C. botulinum* a été isolé dans les selles et/ou le suc gastrique de ces sept cas.

Enquête alimentaire

Les huit membres de la famille du foyer 1 ont partagé un repas commun unique, au cours duquel les cinq cas avaient consommé de la tapenade (contenant des olives vertes, de l'ail, des câpres et de l'huile d'olive). Les deux participants asymptomatiques avaient signalé ne pas en avoir consommé. Le cas qui avait présenté une forme atténuée de la maladie a déclaré ne pas avoir consommé de la tapenade, mais avoir utilisé le couteau qui avait été utilisé pour la servir. Une partie des convives avait consommé aussi une pâte de tomates séchées.

Les trois cas du foyer 2 ont dit avoir consommé de la tapenade et une pâte de tomates séchées pendant le repas commun unique dans les 24 heures précédant le début des signes. Les participants asymptomatiques n'ont pas consommé ces produits, à l'exception d'une personne qui n'a mangé que de la pâte de tomate séchées.

Les restes des deux repas ont été envoyés au CNR pour analyse deux jours après les repas incriminés.

Le CNR a identifié la toxine botulique de type A dans la tapenade servie au repas dans le foyer 1, avec des titres de toxine de 20.000 doses létales de la souris (MLD) / g. La pâte de tomates séchées, mangée par une partie de la famille de ce foyer, s'est révélée être négative pour la toxine botulique. Une toxine botulique de type A a également été identifiée dans les restes de la tapenade servie au repas du foyer 2 (titres de toxine de 2.000 MLD / g) et dans une moindre mesure, dans la pâte de tomates séchées (2 MLD / g). *C. botulinum* de type A a été identifié par PCR en temps réel dans tous les échantillons d'aliments, et isolé dans les restes de tapenade de chacun des repas et de pâte de tomates séchées du foyer 2.

Enquêtes environnementales

L'enquête a permis de repérer que les deux familles ont mangé de la tapenade produite le 20 mai 2011. La pâte de tomates séchées consommée par les membres du foyer 1 avait été produite le 26 Juillet 2011, tandis que celle mangée par les membres de foyer 2 datait elle du 20 mai 2011.

Les produits avaient été achetés par les familles dans deux épiceries situées en région Paca en juillet et août 2011. Il s'agissait de pots en verre produits en petite quantité par un artisan local (60 pots de tapenade produits dans le lot du 20 mai) et distribués sous trois marques différentes, principalement dans les épiceries fines d'une zone géographique limitée du sud-est. Les produits étaient également vendus sur Internet.

L'enquête des services vétérinaires a identifié un processus de stérilisation incorrect, ayant affecté non seulement la production de la tapenade et des tomates séchées, mais aussi de tous les produits réalisés par ce producteur. Il n'existait pas de contrôles internes d'assurance qualité et le producteur n'avait pas déclaré son activité aux autorités chargées d'inspecter les producteurs d'aliments.

Mesures de santé publique

Un rappel des pots de tapenade a été initié dès le lendemain de la notification des premiers cas par l'intermédiaire d'un communiqué de presse local et national. Suite à l'enquête des services vétérinaires suggérant que d'autres produits préparés à l'aide du procédé de stérilisation pouvaient être également à risque, tous les produits de l'artisan ont été rappelés deux jours après le premier communiqué de presse.

Les pays européens ont été informés de la survenue des cas et du produit incriminé par l'intermédiaire de systèmes d'alerte et d'informations du Centre européen de contrôle des maladies, de l'Organisation mondiale de la Santé et de l'Organisation pour l'alimentation et l'agriculture de l'Organisation des nations unies.

Au 6 décembre 2011, aucun autre cas de botulisme associé à ce produit n'avait été identifié en France ou dans une autre état membre de l'Union européenne.

Pour tout signalement d'urgence sanitaire, vous pouvez joindre

en Provence-Alpes-Côte d'Azur

La plateforme régionale de réception des signaux

☎ 04 13 55 8000
📠 04 13 55 83 44
@ ars13-alerte@ars.sante.fr

en Corse

La plateforme régionale de capture des signaux

☎ 04 95 51 99 88
📠 04 95 51 99 12
@ ars-2A-alerte@ars.sante.fr

Discussion

Le botulisme est une maladie rare en France et à déclaration obligatoire depuis 1986. Entre 2007 et 2009, 47 cas ont été notifiés et parmi les cas confirmés, la toxine botulique de type B a été identifiée chez 33 cas et la toxine de type A chez huit cas (dont trois étaient des nourrissons). Le dernier épisode rapporté de botulisme en France par toxine botulique de type A est survenu en Corse en 2010, dans lequel cinq personnes, qui avaient mangé le même repas, avaient développé un botulisme sévère. Un cas était décédé. Cet épisode était lié à la consommation de conserves « maison » de haricots verts.

Le botulisme lié à la toxine de type A est associé à la consommation de produits végétaux, en particulier les légumes en conserve faits à domicile, mais des épisodes ont été rattachés à la consommation d'aliments commercialisés. La source de nourriture probable dans les foyers décrits ici était une tapenade produite par un fabricant local utilisant des techniques de stérilisation insuffisantes. La survenue de cas de botulisme associés à la consommation d'olives mal préparées a déjà été documentée. Il en est de même pour l'ail, inclus dans la préparation de la tapenade impliquée dans ces foyers.

Les spores de *C. botulinum* sont présentes dans l'environnement et peuvent persister dans les aliments qui n'ont pas été soumis à une température suffisamment élevée lors de la préparation. Si les conditions appropriées existent au sein de ces aliments, les spores de *C. botulinum* peuvent germer, se multiplier et produire des toxines. L'enquête environnementale menée autour de ces 2 foyers a démontré que le procédé de stérilisation utilisé par le

producteur était incorrect. Les résultats suggèrent fortement que le processus de stérilisation inadéquat a permis aux spores de *C. botulinum* de survivre au processus de préparation et par conséquent était la cause probable des foyers de cas.

Le signalement précoce a permis de mettre en œuvre très rapidement les mesures visant à stopper l'épidémie. Cependant, ces épidémies soulignent la menace potentielle de santé publique que représente *C. botulinum* lorsqu'il existe des procédés de stérilisation insuffisants et montrent l'importance de la surveillance des pratiques de fabrication des producteurs impliqués dans la préparation des aliments à petite échelle.

| Encadré 2 | Publication Eurosurveillance

Cet article a été publié en décembre 2011 dans la revue Eurosurveillance :

Pingeon JM, Vanbockstael C, Popoff MR, King LA, Deschamps B, Pradel G, Dupont H, Spanjaard A, Houdard A, Mazuet C, Belaizi B, Bourgeois S, Lemgueres S, Debat K, Courant P, Quirin R, Malfait P. Two outbreaks of botulism associated with consumption of green olive paste, France, September 2011.

L'article est consultable sur :

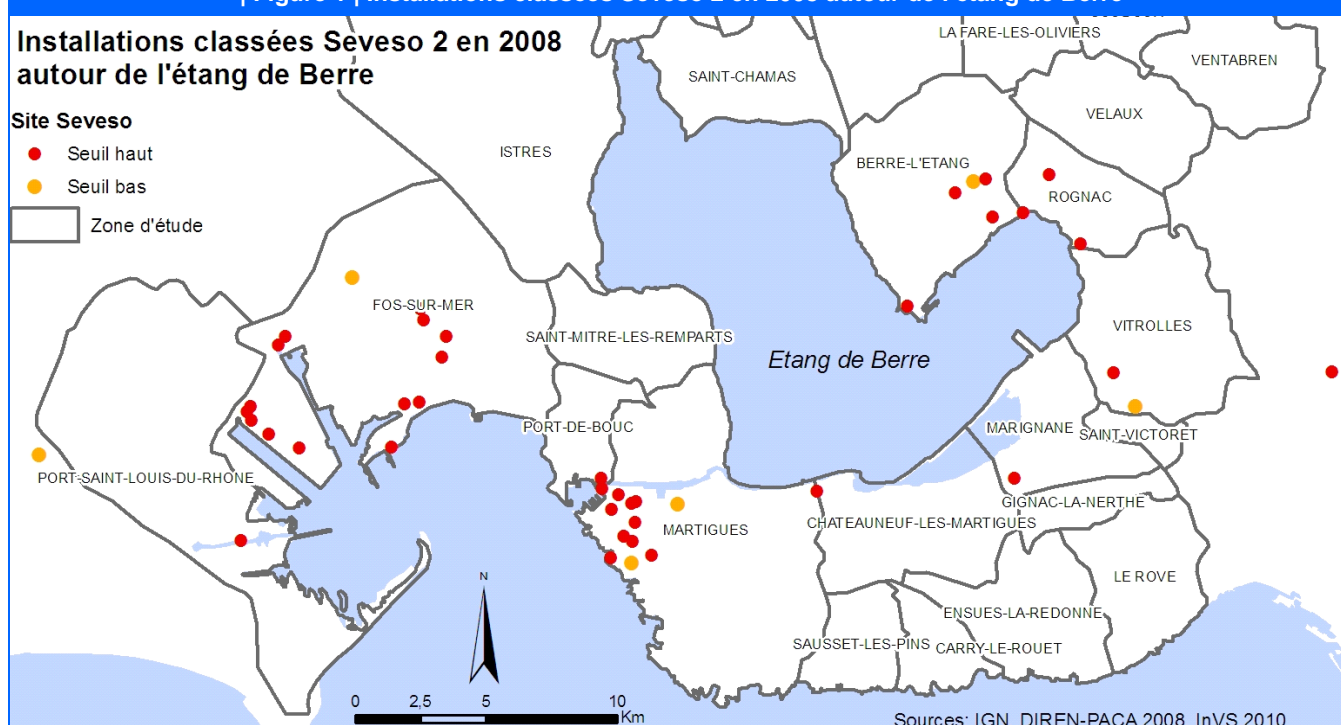
<http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20035>

| Pollution atmosphérique et hospitalisations autour de l'Étang de Berre |

Le pourtour de l'Étang de Berre est une zone densément peuplée où de nombreuses industries ont été installées depuis plus de 50 ans. C'est la zone industrielle la plus importante de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca), qui compte environ 430 installations classées pour la protection de l'environnement (ICPE) et plus de 60 % des établissements classés Seveso II « seuil haut » que compte la région Paca (figure 1).

Les industries émettent de nombreux polluants atmosphériques qui en font une des zones les plus polluées en France, malgré l'instauration de normes de plus en plus contraignantes et les progrès techniques réalisés par les industriels qui ont permis une diminution des rejets depuis 20 ans. Ces émissions polluantes sont la cause de nombreuses interrogations de la part de la population qui vit près de ce point noir environnemental, des élus et d'associations de médecins dont la principale attente est de connaître les effets de la pollution atmosphérique d'origine industrielle sur l'état de santé des riverains.

| Figure 1 | Installations classées Seveso 2 en 2008 autour de l'étang de Berre



La Cire Sud, en collaboration avec le département santé environnement de l'InVS, a mené, sur la période 2004-2007, une étude descriptive pour identifier une éventuelle association entre les variations géographiques de l'exposition à la pollution industrielle et des hospitalisations pour les pathologies cardiovasculaires, respiratoires et pour cancer.

La zone d'étude (figure 2), située sur le pourtour de l'Étang de Berre, regroupe l'ensemble des communes pouvant être impactées de façon notable par la pollution atmosphérique provenant des installations industrielles du pourtour de l'Étang de Berre et des communes moins ou non impactées. Elle comptait 399 362 habitants au recensement Insee 2006

Un niveau moyen d'exposition au dioxyde de soufre (SO₂), retenu comme polluant traceur de la pollution industrielle, a été attribué à chaque commune. Les niveaux moyens annuels du polluant ont été regroupés en trois classes d'exposition : référence (inférieurs à 4,2 µg/m³) ; moyenne (compris entre 4,2 et 6,4 µg/m³) et élevée (supérieurs à 6,4 µg/m³). La répartition géographique des communes en fonction du niveau d'exposition est représentée dans la figure 3.

Cette étude a mis en évidence un excès d'hospitalisations pour infarctus du myocarde chez les femmes dans les communes ayant des niveaux moyens annuels de SO₂ supérieurs à 4 µg/m³ et chez les hommes dans les communes les plus impactées. Aucun excès d'hospitalisation pour pathologies respiratoires ou pour cancers n'a été observé dans les communes exposées à la pollution industrielle à l'exception des leucémies aiguës chez les hommes pour les communes les plus impactées.

Compte tenu des limites inhérentes à toute étude de corrélations écologiques et à la réalisation de tests multiples, il n'est pas impossible que ces résultats soient dus au hasard ou que certains facteurs de risques individuels non pris en compte dans cette étude puissent expliquer les excès d'hospitalisations observés.

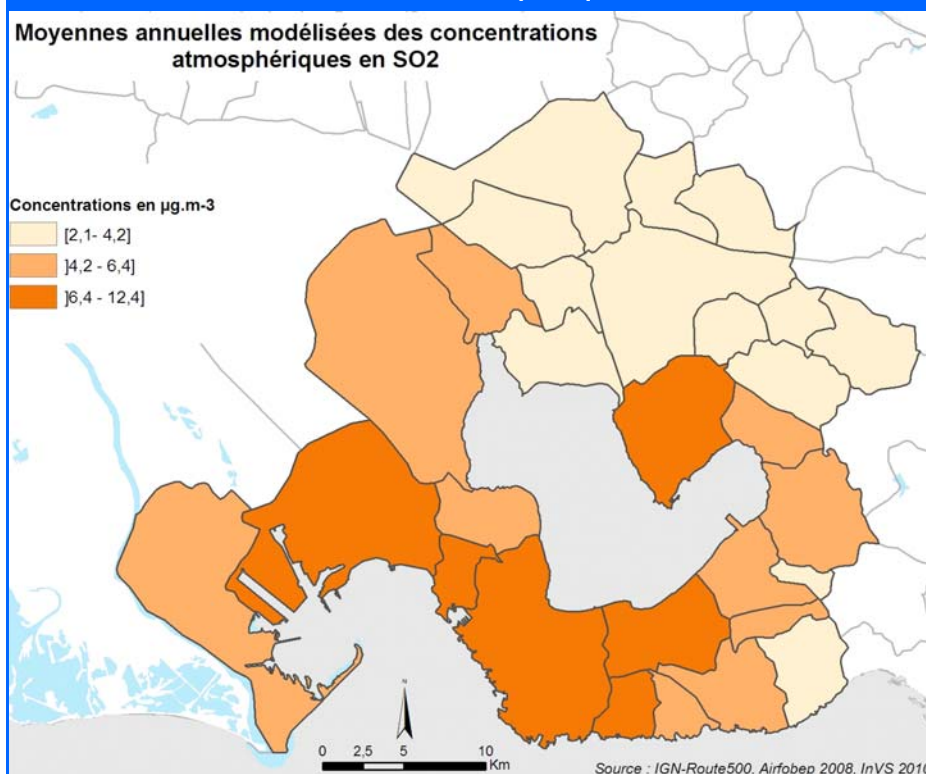
Toutefois, si l'on met en perspective ces résultats avec la situation locale (niveaux ambiants de pollution en PM10 et SO₂, résultats des évaluations des risques sanitaires de zone, travailleurs exposés à des polluants cancérigènes), un faisceau d'éléments cohérents nous conduisent à considérer ces résultats comme des effets sanitaires plausibles du mélange de polluants issus des industries et des autres émetteurs présents sur la zone d'étude.

Rapport détaillé et synthèse en ligne sur le site Internet de l'InVS.

| Figure 2 | Zone d'étude



| Figure 3 | Moyennes annuelles modélisées des concentrations atmosphériques en SO₂



Contexte

Les évaluations d'impact sanitaire (EIS) de la pollution de l'air sur la santé de la population à l'échelon local ont été intégrées au deuxième Plan régional santé environnement (PRSE 2) de Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca). Elles consistent à estimer, dans une population donnée, un nombre d'événements sanitaires attribuables à la pollution atmosphérique urbaine à partir de relations exposition-risque issues d'études épidémiologiques. Les résultats suivants concernent les 6 principales agglomérations de la région Paca (Aix-en-Provence, Avignon, Cannes, Marseille, Nice, et Toulon) pour la période 2004-2006

Différents scénarios pour l'EIS

En utilisant les relations exposition - risque (E-R) préconisées dans le guide EIS publié par l'InVS en 2008, l'impact sanitaire a été quantifié à court terme, en produisant pour chacun de ces effets :

- une estimation de l'impact sanitaire total à court-terme de la pollution atmosphérique par rapport à un niveau de référence de : $40 \mu\text{g}/\text{m}^3/8\text{h}^*$ pour l'ozone et de $8 \mu\text{g}/\text{m}^3/24\text{h}^{**}$ pour les particules de moins de $10 \mu\text{m}$ (PM_{10}) ;
- une estimation du nombre d'événements évitables selon deux scénarios de diminution des niveaux de la pollution atmosphérique :
 - . abaissement des niveaux aux valeurs guides préconisées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour la protection de la santé humaine lorsque ceux-ci sont dépassés : $100 \mu\text{g}/\text{m}^3/8\text{h}$ pour l'ozone et $50 \mu\text{g}/\text{m}^3/24\text{h}$ pour les PM_{10} ,

- . diminution quotidienne des niveaux de polluants de fond, de $20 \mu\text{g}/\text{m}^3/8\text{h}$ pour l'ozone et de $5 \mu\text{g}/\text{m}^3/24\text{h}$ pour les PM_{10} , ce qui représente environ 20 % des niveaux moyens annuels.

L'impact sanitaire a aussi été quantifié à long terme, en estimant :

- l'impact sanitaire total de la pollution atmosphérique par rapport à un niveau de référence de $8 \mu\text{g}/\text{m}^3/24\text{h}$ pour les PM_{10} ;
- le gain sanitaire lié à la diminution de la moyenne annuelle des PM_{10} à $20 \mu\text{g}/\text{m}^3$ correspondant à la valeur limite européenne pour la protection pour la santé et la diminution de $5 \mu\text{g}/\text{m}^3$ de la moyenne annuelle des PM_{10} .

Caractéristiques des zones d'études

Les zones d'études concernent un total de 39 communes et 2 296 679 habitants (recensement Insee 2006), soit 46 % de la population de la région Paca (Figure 1).

La source principale de pollution pour ces zones urbaines est le transport routier. Toutes ces agglomérations ont des niveaux élevés d'ozone*** en période estivale, la présence de ce polluant étant favorisée par le fort ensoleillement en Paca. Les niveaux moyens varient de 103 à $113 \mu\text{g}/\text{m}^3$. Les niveaux moyens annuels de PM_{10} non corrigés sont élevés dans la région méditerranéenne et sont assez homogènes entre les villes variant de 26,7 à $29,3 \mu\text{g}/\text{m}^3$.

* Valeur journalière maximale des moyennes 8 heures glissantes / ** Valeur moyenne journalière / *** L'ozone est produit par l'action des ultra-violets sur différents précurseurs présents dans l'atmosphère, dont les oxydes d'azote et les composés organiques volatiles.

| Figure 1 | Zones d'étude des six agglomérations de la région Paca



Impact à court terme

Sur l'ensemble des 6 agglomérations, environ 560 décès anticipés sont attribués chaque année à la pollution atmosphérique urbaine, ainsi que 280 admissions hospitalières pour causes respiratoires et un peu moins de 700 hospitalisations pour causes cardiovasculaires chez les personnes de 65 ans et plus.

Le respect des valeurs guides de l'OMS permettrait d'éviter chaque année environ 90 décès, et 60 hospitalisations pour causes cardiorespiratoires. Une diminution régulière des niveaux journaliers de pollution permettrait d'éviter annuellement environ 160 décès anticipés et 260 hospitalisations pour causes cardiorespiratoires.

La Figure 2 illustre cette différence en indiquant la proportion de décès qui pourrait être évitée pour l'ensemble des 6 agglomérations.

Impact à long terme

Sur l'ensemble des 6 zones, environ 2 500 décès anticipés toutes causes, sont attribuables chaque année à une exposition chronique aux niveaux de pollution observés. Si les niveaux annuels de particules dans chacune des villes respectaient les valeurs guides recommandées par l'OMS, le gain sanitaire potentiel serait de plus de 1 300 décès évités. Pour une diminution de ces niveaux de $5 \mu\text{g}/\text{m}^3$, le gain sanitaire potentiel est estimé à environ 400 décès.

Les enseignements à tirer de cette étude sont les suivants :

- **Un impact collectif important à des niveaux habituels de pollution :** l'EIS est un outil d'aide à la décision pour les acteurs locaux et les résultats peuvent être utilisés dans une démarche de gestion du risque sanitaire lié à la pollution atmosphérique.
- **Un renforcement nécessaire de la surveillance de l'exposition aux particules fines :** Les effets sanitaires des particules fines ($\text{PM}_{2,5}$) sur la mortalité et les admissions cardiovasculaires notamment, ont été largement décrits. D'un point de vue sanitaire, il apparaît donc important de renforcer le réseau de surveillance de la qualité de l'air pour permettre une estimation plus précise et complète de l'impact sanitaire.
- **Une action possible pour améliorer la santé de la population :** Cette étude indique que la plupart des décès ou hospitalisations attribuables à court terme à la pollution surviennent suite à une exposition à des teneurs inférieures aux objectifs de qualité pour la santé comme le montre la figure 3. Il convient donc d'associer les mesures visant à contrôler les niveaux dépassant les objectifs de qualité et à diminuer de façon importante et quotidienne les niveaux de fond ; sensibiliser la population et les parties prenantes sur la nécessité d'agir au quotidien de manière préventive et non pas uniquement lors des épisodes de pollution.
- **Une amélioration conséquente de la santé ne pourra être obtenue qu'à condition de parvenir à une amélioration durable de la qualité de l'air.**

Figure 2 | Proportion des événements sanitaires pouvant être évités par les deux scénarios considérés sur l'ensemble des 6 villes

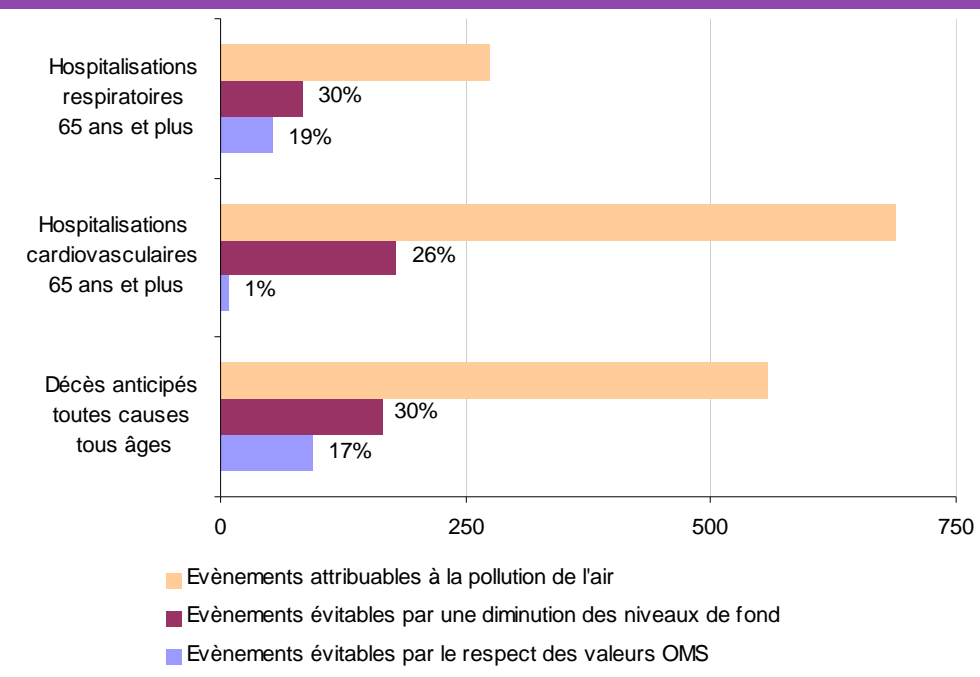
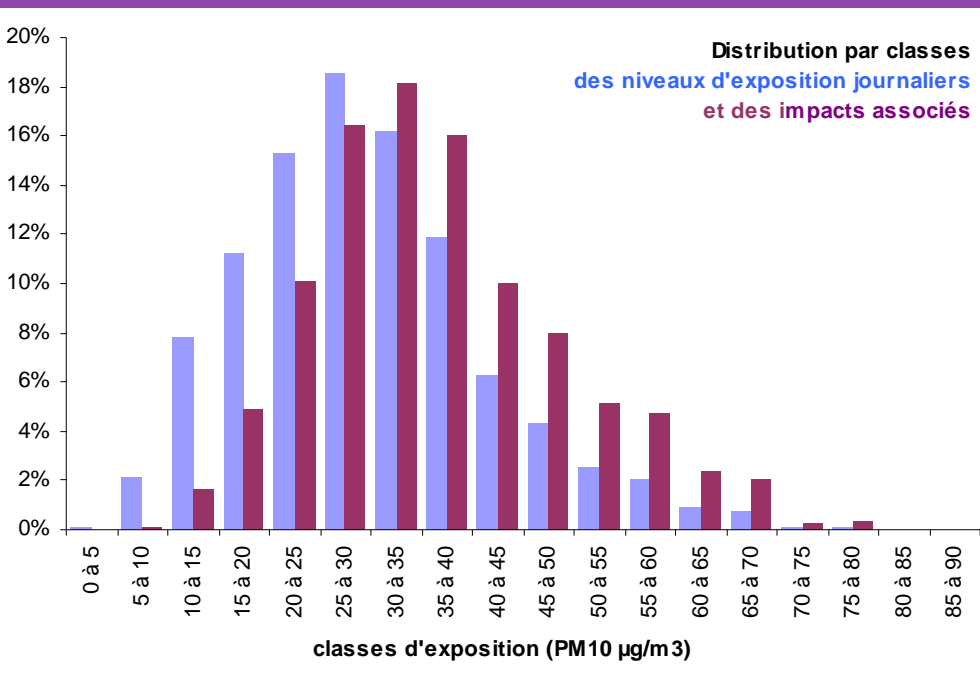


Figure 3 | Exemple de distribution des niveaux d'exposition aux PM_{10} et des impacts sanitaires (mortalité) associés pour l'agglomération de Toulon, période 2004-2006



Synthèse et plaquettes par zone sur le site Internet de l'[InVS](#).

Lors de son activité professionnelle, un travailleur peut être exposé à des risques physiques, chimiques, biologiques ou à des conditions de travail susceptibles de générer des atteintes à sa santé. En 2003, le Département santé travail de l'Institut de veille sanitaire (DST-InVS) et l'Inspection médicale du travail ont mis en place un projet pilote de surveillance épidémiologique des maladies à caractère professionnel (MCP) dans la région des Pays-de-la-Loire. Depuis 2011, ce programme concerne désormais 13 régions et s'étend progressivement à l'ensemble du territoire. Dans le cadre d'une convention entre la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi, l'agence régionale de santé et l'InVS, la région Paca a intégré ce dispositif de surveillance en 2006.

Le dispositif s'appuie sur un réseau de médecins du travail volontaires qui durant des périodes de deux semaines, baptisées « Quinzaine MCP », signalent toutes les maladies ou symptômes qu'ils considèrent en lien avec le travail, et qui n'ont pas fait l'objet d'une réparation en maladie professionnelle.

Les objectifs sont d'estimer la prévalence des MCP signalées selon le sexe, l'âge, la catégorie socioprofessionnelle et le secteur d'activité, de décrire les agents d'exposition professionnelle associés aux différentes affections signalées et d'évaluer la sous-déclaration des maladies professionnelles.

Quelques résultats pour la région Paca

En 2009, 4,1 % des salariés vus en visite médicale présentaient une ou plusieurs MCP. Le taux de signalement de MCP le plus élevé était observé chez les femmes et il augmentait avec l'âge

quel que soit le sexe. Le secteur des industries était particulièrement touché.

Les affections de l'appareil locomoteur et la souffrance psychique arrivaient en tête. Ces affections touchaient plus fréquemment les femmes que les hommes, et les salariés les plus âgés. Venaient ensuite les troubles de l'audition que l'on retrouvait quasi exclusivement chez les hommes.

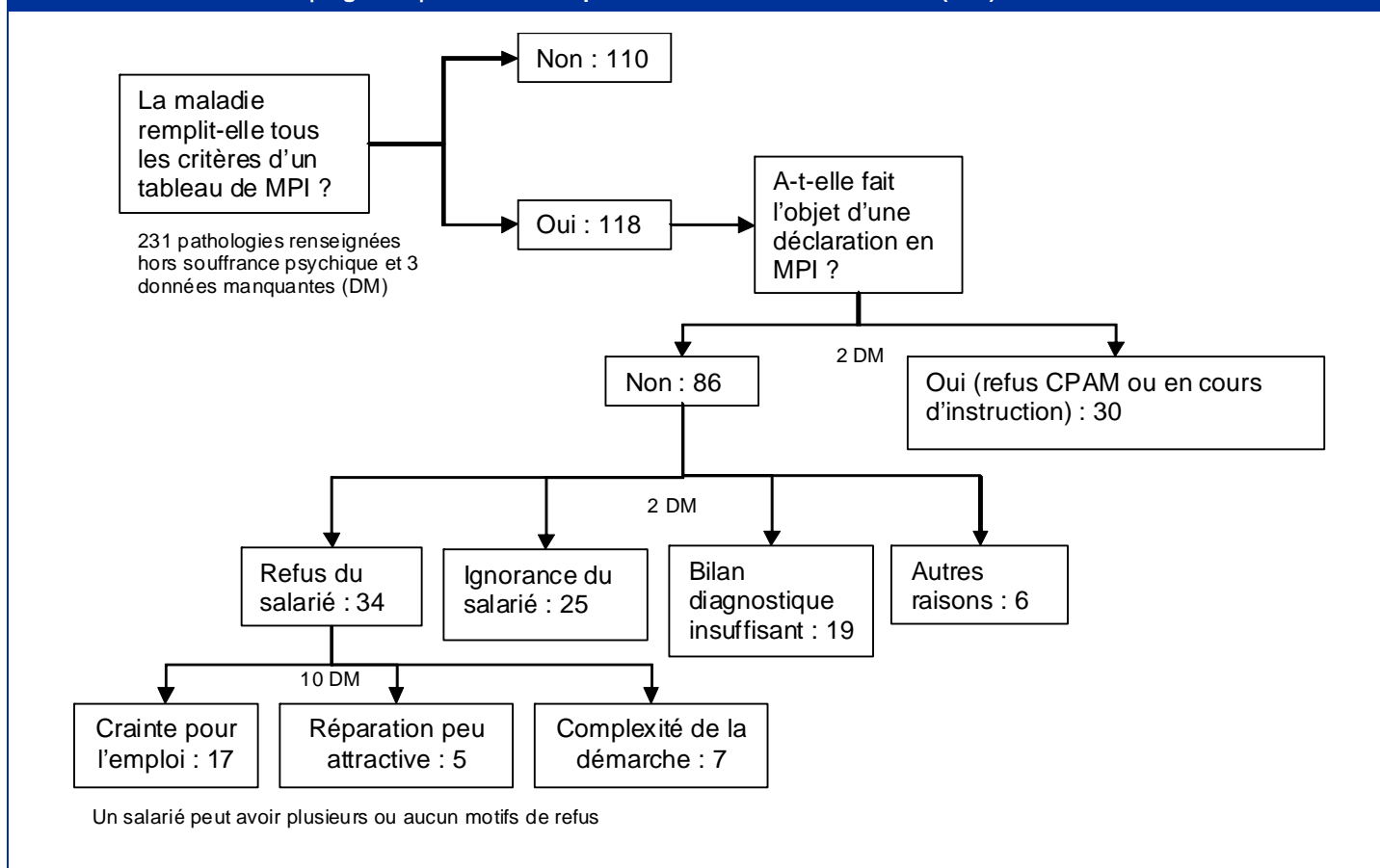
Les affections de l'appareil locomoteur touchaient plus de 2 % des salariés, essentiellement dans le secteur industriel, aussi bien chez les hommes que chez les femmes, et chez les ouvriers.

La souffrance psychique était signalée chez 1,4 % des salariés. Les symptômes les plus fréquents étaient les syndromes dépressifs. Les cadres et professions intellectuelles supérieures étaient les plus atteints, alors que le secteur d'activité le plus touché était le secteur des activités financières et assurances. Les dysfonctionnements managériaux et les problèmes de collectif de travail, les violences psychologiques, ainsi que les problèmes d'organisation temporelle du travail étaient le plus souvent mis en cause.

Enfin, les résultats confirment le nombre important de pathologies imputés au travail par le réseau des médecins du travail alors qu'elles ne relèvent pas actuellement d'un tableau de maladie professionnelle (Figure 1).

Pour en savoir plus : [Les maladies à caractère professionnel \(site InVS\)](#)

| Figure 1 | Les maladies professionnelles indemnissables (MPI) en 2009





Observatoire des cancers du **RE**in, de la **VE**ssie et des **Leucémies Aiguës** chez l'adulte dans le département des Bouches-du-Rhône.

Un nouveau programme de surveillance des cancers du rein, de la vessie et des leucémies aiguës chez l'adulte est testé dans le département des Bouches-du-Rhône depuis le 2 avril 2012.

La mise en place de cet observatoire s'inscrit dans le cadre d'une étude pilote, conduite sur la période 2011-2013, par la Cire Sud en partenariat avec l'Observatoire régional d'épidémiologie pour la région PACA (OREP), l'AP-HM, l'Institut Paoli-Calmettes et le réseau régional en cancérologie ONCOPACA-Corse. Cette étude pilote est inscrite au Plan régional Santé-Environnement Paca 2009-2013.

L'objectif principal de cette étude est de tester la faisabilité d'une nouvelle méthodologie de recensement de cas de cancer incidents pour suivre leur

répartition dans le temps et dans l'espace et détecter ainsi d'éventuels regroupements géographiques de cas. Des études ad hoc seraient alors conduites spécifiquement sur ces regroupements de cas pour identifier des facteurs de risque communs d'origine environnementale et/ou professionnelle. Le recensement des cas de cancers se fait, soit par le signalement direct de tout nouveau diagnostic de cancer des voies urinaires ou d'une leucémie aiguë par un professionnel de santé à l'**observatoire REVELA 13**, soit à partir des fiches patients issues des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP). Des réseaux de médecins spécialistes des pathologies concernées ont été créés. L'ensemble des réseaux de professionnels de santé intervenant dans la prise en charge des patients atteints de l'un des cancers (médecins généralistes, de l'Assurance maladie et du service des maladies professionnelles) ont été sensibilisés au lancement de l'étude.

La population cible est constituée de toute personne adulte (âgée de plus de 18 ans), résidant dans le département des Bouches-du-Rhône et pour laquelle un cancer du rein, de la vessie ou une leucémie aiguë a été diagnostiquée depuis le 2 avril 2012. Tout patient signalé sera préalablement informé qu'il pourra être enregistré dans la base de données de l'**observatoire REVELA 13**. L'anonymat et la confidentialité des données personnelles sont garanties. Une autorisation de la Commission nationale Informatique et Liberté (CNIL) a été obtenue préalablement à la mise en œuvre du projet (n°DR-2012-138 du 21 mars 2012).

Pour en savoir plus : <http://www.ars.paca.sante.fr/Surveillance-de-cancers-cibles.132190.0.html>

| Adhésion des professionnels de santé au réseau |

Si vous souhaitez adhérer aux réseaux de professionnels de santé et signaler des nouveaux cas de cancers du rein, de la vessie ou des leucémies aiguës chez l'adulte, contacter l'équipe projet :

Observatoire REVELA 13

CIRE Sud - ARS PACA

132 bd de Paris, CS50039

Tél : 04 13 55 83 12 (81 01) / Fax : 04 13 55 83 47

karine.mantey@ars.sante.fr / laurence.pascal@ars.sante.fr

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin de Veille Sanitaire sur : <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Bulletin-de-veille-sanitaire>

Ont contribué à l'élaboration de ce bulletin : Jean-Marie Pigeon ¹, Laurence Pascal ², Philippe Malfait ², Florian Franke ², Jean-Luc Lasalle ², Franck Sillam ³, Karine Mantey ⁴

1. Agence régionale de santé, Délégation territoriale de Vaucluse

2. Cellule interrégionale d'épidémiologie (Cire Sud)

3. Institut de veille sanitaire, Département des maladies infectieuses

4. Observatoire régional d'épidémiologie pour la région PACA

Nous remercions tous les partenaires des systèmes de surveillance et des études pour leur participation et le temps consacré à ces travaux

- Agences régionales de santé (ARS) Paca et Corse,
- Observatoire régional des urgences (ORU) Paca,
- Institut de veille sanitaire (InVS),
- Etats civils des régions Paca et Corse,
- Régie municipale des pompes funèbres de Marseille,
- Samu des régions Paca et Corse,
- Etablissements et professionnels de santé des régions Paca et Corse,
- SOS Médecins de Cannes, Nice, Marseille, Aix-en-Provence, Gardanne-Trets, Toulon-Fréjus, Avignon,
- SDIS des Bouches-du-Rhône et Bataillon des marins pompiers de Marseille.
- Laboratoires de biologie médicale,
- CNR des arbovirus (Institut Pasteur, Paris),
- Institut de Recherche Biomédicale des Armées (IRBA),
- Laboratoire de virologie AP-HM,
- EID Méditerranée
- CNR de la rougeole
- Laboratoires d'anatomopathologie
- Caisses locales d'assurance maladie

Si vous désirez recevoir par mail les prochains Bulletins de Veille Sanitaire, merci de vous inscrire sur le [site de l'InVS](http://www.invs.sante.fr)