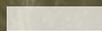
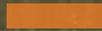
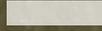
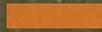
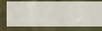


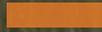
L'édito de la Présidente 

L'organisation des syndicats médicaux en France 

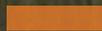
La vie syndicale 

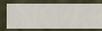
Il a fallu se battre !  
Interview du Pr Jocelyne Just 

12<sup>ème</sup> Matinale de l'ARCAA - Temps forts 

ARCAA Association de Recherche  
Clinique en Allergologie et Asthmologie 

Marcel Proust et l'asthme 

Préparation d'une consultation pour l'Allergologue 

L'Alpha tryptasémie héréditaire : mise au point 



**Interview de Joël  
Spiroux de Vendomois**

Page  
22

NOUVEAU

ITULAZAX®

Lyophilisat oral 12 SQ-Bet\*  
Extrait allergénique standardisé  
de pollen de bouleau blanc  
(*Betula verrucosa*)

La saison  
du bouleau  
retrouve  
son charme

1<sup>er</sup> comprimé d'immunothérapie  
allergénique au bouleau\*\*◇



ITULAZAX® est indiqué chez les patients adultes pour le traitement de la rhinite allergique modérée à sévère, associée ou non à une conjonctivite, déclenchée par les pollens appartenant au groupe homologue du bouleau\*\*. ITULAZAX® est indiqué chez les patients réunissant une histoire clinique évocatrice malgré l'utilisation de médicaments symptomatiques et la positivité d'un test de sensibilisation à un des membres du groupe homologue du bouleau\*\* (prick test cutané et/ou présence d'IgE spécifiques).<sup>1</sup>

Place dans la stratégie thérapeutique : ITULAZAX® est un traitement de deuxième intention de la rhinite allergique, associée ou non à une conjonctivite, déclenchée par le pollen d'arbres appartenant au groupe homologue du bouleau\*\*, chez les adultes lorsque les médicaments symptomatiques sont insuffisants.<sup>2</sup>

Liste I. Remboursement Sécurité Sociale à 15%

Pour une information complète, consultez le Résumé des Caractéristiques du Produit sur le répertoire des médicaments du site internet de l'ANSM (<http://agence-prd.ansm.sante.fr>).

\* SQ-Bet est l'unité de dose pour ITULAZAX®. La méthode de standardisation SQ est basée sur l'activité biologique, la teneur en allergènes majeurs et la composition de l'extrait allergénique. Bet est l'abréviation de *Betula*.

\*\* Groupe homologue du bouleau :

*Betula verrucosa* (bouleau), *Alnus glutinosa* (aulne), *Carpinus betulus* (charme), *Corylus avellana* (noisetier), *Quercus alba* (chêne) et *Fagus sylvatica* (hêtre).

◇ Enregistré en France à la date du 03/10/2019

1. Résumé des Caractéristiques du Produit.

2. Avis de la Commission de la Transparence du 7 octobre 2020.

[www.alk.fr](http://www.alk.fr)

VISA n° 21/01/69793557/PM/002

22084 - 05/22

ALK

## SOMMAIRE

	L'édito de la Présidente ..... 3 Dr Isabelle Bossé
	Assistants médicaux état des lieux..... 4 Dr Séverine Fernandez
	L'organisation des syndicats médicaux en France ..... 5 Dr Madeleine Epstein
	La vie syndicale ..... 7 Dr Isabelle Bossé
	Il a fallu se battre ! Interview du Pr Jocelyne Just ..... 11 Camille Gautier
	12 <sup>ème</sup> Matinale de l'ARCAA - Temps forts ..... 13 Dr Céline Palussière
	ARCAA Association de Recherche Clinique en Allergologie et Asthmologie..... 15
	Marcel Proust et l'asthme ..... 17 Dr Céline Palussière
	Préparation d'une consultation pour l'Allergologue ..... 19 Dr Françoise Leprince
	Interview de Joël Spiroux de Vendomois ..... 22 Dr Delphine Prince
	L'Alpha tryptasémie héréditaire : mise au point ..... 28 Dr Amandine Vial Dupuy
	Nos partenaires..... 30
	CFA 2023 ..... 31
	Bulletin d'adhésion 2023 ..... 32

**Directeur de la publication :**  
Isabelle BOSSÉ

**Rédaction SYFAL :**

Docteurs Isabelle BOSSÉ,  
Françoise BOUTELOUP,  
Habib CHABANE,  
Charles DZVIGA,  
Madeleine EPSTEIN,

Séverine FERNANDEZ,  
Françoise LEPRINCE,  
Céline PALUSSIÈRE,  
Delphine PRINCE,  
Édouard SÈVE.

**Régie Publicitaire :**  
O.F.R.E.  
41, avenue Gambetta  
94700 MAISONS ALFORT  
Tél. : 01 49 77 49 40

**Editeur Conseil :**  
Stéphane BENZAKI  
ISSN : 2265 - 2892

**Maquette / PAO :**  
HCOM - Franck Younes  
**Impression :**  
Imprimerie du Canal  
**PAPIER certifié FSC**



Suivez nous sur :



@syfal\_allergies



SYFAL allergologues syndicat

# Oralair®

100 IR & 300 IR ou 300 IR, comprimés sublinguaux

## L'UNIQUE COMPRIMÉ 5G\*

BOÎTE DE TRAITEMENT D'INITIATION

ORALAIR® 100 IR & 300 IR



BOÎTE DE TRAITEMENT D'ENTRETIEN

ORALAIR® 300 IR



**EXTRAIT ALLERGÉNIQUE**  
de pollens  
de 5 graminées<sup>1</sup>



**MONTÉE DE DOSE**  
progressive<sup>1</sup>



**UNE EFFICACITÉ PROUVÉE**  
à l'issue d'une saison  
pollinique<sup>2</sup>

Traitement de la rhinite allergique, avec ou sans conjonctivite, aux pollens de graminées, chez les adultes, les adolescents et les enfants (à partir de 5 ans) ayant une symptomatologie clinique significative avec confirmation diagnostique par un test cutané positif aux pollens de graminées et/ou la présence d'IgE spécifiques aux pollens de graminées.<sup>1</sup> Oralair® peut être proposé en seconde intention lorsque le traitement symptomatique par antihistaminiques et/ou corticoïdes s'est avéré insuffisant. S'il n'est pas observé d'amélioration significative des symptômes, la poursuite du traitement l'année suivante n'est pas justifiée.<sup>3</sup>

\*5 Graminées

\*\* La dose de 300 IR est la dose quotidienne recommandée en phase d'entretien.

**ORALAIR 100 IR & 300 IR ou 300 IR, comprimés sublinguaux. COMPOSITION :** Extrait allergénique de pollens des graminées suivantes : dactyle aggloméré (*Dactylis glomerata* L.), flouve odorante (*Anthoxanthum odoratum* L.), ivraie vivace (*Lolium perenne* L.), pâturin des prés (*Poa pratensis* L.) et fléole des prés (*Phleum pratense* L.) 100 IR ou 300 IR par comprimé sublingual. **CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DE DELIVRANCE :** Liste I. AMM 34009 368 951 64 (boîte de 3 cp de 100 IR + 28 cp de 300 IR) - Prix Public TTC : 62,40 € - CTJ: 2,08 €. AMM 34009 368 952 25 (boîte de 30 cp de 300 IR) - Prix Public TTC : 62,40 € - CTJ: 2,08 €. Remb. Séc. Soc. : 15%. Agréé collect.

Pour une information complète, consultez le Résumé des Caractéristiques du Produit **sur la base de données publique du médicament** en flashant ce QR Code ou directement sur le site internet : <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>

1. RCP Oralair® 100 IR & 300 IR et Oralair® 300 IR.
2. Didier A et al. Optimal dose, efficacy, and safety of once-daily sublingual immunotherapy with 5-grass pollen tablet for seasonal allergic rhinitis. *J Allergy Clin Immunol* 2007; 120: 1338-1345. Etude pivot (V034,04).
3. Avis de la Commission de la Transparence Oralair® du 5 décembre 2018.





## L'EDITO

## DE LA PRÉSIDENTE

**Dr Isabelle Bossé** Présidente

*L'année s'est terminée avec des grèves, celles des transports en particulier les trains, qui ont mis les familles dans des situations compliquées, d'attente, parfois d'angoisse de ne pas pouvoir rejoindre leurs proches pour les fêtes.*

*Le droit de grève est en France inaliénable et toutes les revendications s'entendent.*

*Les Français dans leur majorité, du moins ce qui était relayé dans les médias, ne semblaient pourtant ni être en colère, ni en vouloir aux grévistes, habitués à ces perturbations volontairement ciblées sur des dates sensibles. La fin justifie les moyens.*

*Plusieurs membres du gouvernement ont fait part de leur désapprobation et poussé la direction de la SNCF à trouver un accord avec les syndicats, celui-ci semble avoir satisfait les grévistes puisqu'ils ont repris le travail pour la fin d'année.*

*À peine les trains repartis sur les rails, que voilà les médecins en grève la dernière semaine de décembre et là on a un peu tout entendu dont le pire, mais aussi des patients conscients du malaise profond des professionnels de santé, alors bien sûr en pleine épidémie, les généralistes en grève ont accentué la saturation des urgences et de SOS médecins, ce que personne ne peut souhaiter.*

*Mais les mots de nos autorités de tutelle ont été durs, le ministre condamnant fermement ce mouvement, l'assurance maladie déclarant « délirante » la demande de consultation à 50 euros.*

*Et d'après ce collectif, non suivi, mais soutenu, par les syndicats qui sont en pleines négociations conventionnelles, aucune ébauche de réponse ne leur a été apportée, ils se sentent méprisés par leurs propres tutelles.*

*Si c'était simple, la solution serait déjà sur la table : comment réorganiser l'ensemble de l'offre de soins, du praticien de proximité à l'hôpital en passant par les médecins spécialistes libéraux ? Et comment faire pour que nos confrères exercent dans des conditions morales et financières satisfaisantes ?*

*Nos espoirs reposent sur les propositions en cours de discussion pour la future convention, les difficultés ayant été entendues semble-t-il au plus haut niveau de l'état.*

*Nos meilleurs vœux à toutes et tous.*

# Assistants médicaux état des lieux

Dr Séverine Fernandez

➤ **Lors d'un précédent article du SYFAL, nous vous avons présenté les assistants médicaux et leurs champs d'implication. Au vu du projet "Santé" du Conseil National de Refondation, débuté le 3 octobre 2022, qui prévoit d'augmenter leur nombre à 10 000 d'ici 2025, il nous semblait important de faire une mise au point sur l'état actuel des assistants médicaux en France.**

**P**our rappel, les missions confiées à un assistant médical sont :

- Des tâches de nature administrative sans lien direct avec le soin : accueil du patient, création et gestion du dossier informatique, appui à la mise en place de la télémédecine dans le cabinet, etc...
- Préparer et aider au déroulement de la consultation : aide à l'habillage ou au déshabillage, prise de constantes, mise à jour du dossier patient sur le suivi des vaccinations par exemple, aide à la réalisation d'actes techniques.
- Exercer une mission d'organisation et de coordination avec les autres intervenants à la prise en charge.

Suite à la signature de l'avenant 7 à la convention médicale de 2019, un médecin éligible qui recrute un assistant médical peut bénéficier d'une aide financière pérenne. Trois options sont proposées selon le temps de travail de l'assistant médical recruté. Le médecin choisit un niveau d'aide selon ses besoins et à son organisation. En contrepartie, le médecin s'engage à augmenter sa patientèle.

Depuis septembre 2019, 3 545 contrats ont été signés entre médecin et assistants médicaux (128 sont en

cours de signature) dont 1 797 contrats signés par des médecins exerçants en zone sous-dense (51 %).

Parmi ces contrats, 2 776 ont concerné des médecins généralistes et 769 des médecins spécialistes (9 contrats signés auprès de spécialistes en allergologie).

Près de la moitié des contrats ont concerné l'embauche d'un assistant à mi-temps.

En moyenne, les médecins ayant recruté une assistante ont augmenté leur patientèle de près de 10 % et plus de 5 % pour la file active.

Même si les chiffres actuels permettent de féliciter le dispositif d'aide à l'embauche d'assistants médicaux, certaines problématiques sont à prendre en compte. Au cours des deux premières années, 4,55 % des contrats ont été rompus, une enquête est actuellement en cours pour comprendre les raisons de ces ruptures de contrat. Il semble que l'un des freins soit la formation actuelle des assistants médicaux qui n'est pas adaptée à toutes les spécialités médicales et dont les heures de formation s'effectuent au détriment des horaires d'ouverture des cabinets médicaux. Avec le manque actuel de médecins il est important de trouver les solutions permettant une meilleure gestion du cabinet libéral.

# L'organisation des syndicats médicaux en France

Dr Madeleine Epstein

➤ **Un syndicat est une organisation qui a pour mission de représenter son corps professionnel, de défendre les intérêts matériels et moraux de sa profession et de chacun de ses membres. De surcroît, il apporte des propositions pour améliorer la situation.**

Chaque spécialité médicale est représentée par un syndicat, dit de verticalité : le SYFAL qui représente les allergologues est un syndicat vertical. Aucun syndicat vertical n'est habilité à négocier directement avec les autorités de santé.

Les interlocuteurs des médecins auprès des pouvoirs publics sont les syndicats horizontaux :

- La CSMF \*: Confédération des syndicats médicaux français est une confédération de syndicats pluricatégoriels et départementaux.
- La FMF est un syndicat pluricatégoriel, il comporte 3 branches : généralistes, spécialistes, MEP.
- Le Syndicat des Médecins Libéraux dit « SML » pluricatégoriel.
- L'UFML-S dernier arrivé l'Union Française pour une médecine libre –Syndicat, prône l'indépendance vis à vis des tutelles, pluricatégoriel.
- L'Union Syndicale Avenir Spé-Le Bloc dite « AVENIR SPE – LE BLOC » mono catégoriel spécialistes.
- MG France est un syndicat monocatégoriel exclusivement destiné aux médecins généralistes.

Ce sont des centrales syndicales auxquelles adhèrent d'une part les syndicats verticaux, et d'autre part les médecins à titre individuel. Chaque spécialité a d'autant plus de poids qu'elle est bien représentée.

En 2020 le conseil d'administration du SYFAL a choisi de devenir mono appartenant à la CSMF, plutôt que de rester adhérent à plusieurs centrales, pour les raisons suivantes :

- Il y a toujours eu beaucoup plus de membres affiliés à la CSMF qu'aux autres syndicats de spécialistes.
- Notre présidente a accepté les postes de vice-présidente de la section Les Spécialistes CSMF et de membre du bureau confédéral de la CSMF, ceci afin d'obtenir un peu plus de poids pour l'allergologie.

**Attention : cette adhésion ne remplace pas celle de chaque médecin. La voix de chaque spécialité est proportionnelle aux nombre de médecins adhérents à titre personnel. Il nous faut donc compenser notre faible nombre par des adhésions massives.**

Pour siéger à la table des négociations, les syndicats horizontaux doivent franchir l'enquête de représentativité des organisations syndicales des médecins libéraux conventionnés avec l'Assurance maladie.

La mesure de l'audience des organisations syndicales est l'un des critères essentiels permettant d'établir la représentativité d'une organisation syndicale et donc sa capacité à négocier et signer des accords. Les effectifs d'adhérents et les cotisations sont un des éléments de l'évaluation.

Les allergologues, qui sont peu nombreux et peu représentés au sein de ces structures horizontales, ont beaucoup de mal à faire reconnaître les difficultés propres à leur exercice. C'est pourquoi, pour tenter de se faire entendre, **il est essentiel que chacun d'entre nous, en plus d'être adhérent au SYFAL soit adhérent d'un syndicat horizontal.**

Depuis juin 2021, la représentativité est acquise pour les organisations syndicales suivantes, qui sont donc habilitées à négocier la convention et ses avenants avec la CNAM :

Au titre des médecins généralistes :

- le Syndicat des Médecins Généralistes de France (MG France).
- la Confédération des Syndicats de Médicaux Français (CSMF).
- la Fédération des Médecins de France (FMF)
- l'Union Française pour une médecine libre Syndicat (UFML-S).

Au titre des médecins spécialistes :

- l'Union syndicale Avenir Spé – le Bloc.
- la Confédération des Syndicats de Médecins Français (CSMF).
- le Syndicat des Médecins Libéraux (SML).
- l'Union Française pour une médecine libre Syndicat (UFML-S).

Outre les syndicats représentatifs, certaines organisations sont autorisées à assister en tant qu'observateur aux séances de négociations avec l'Assurance-maladie :

- l'association nationale des étudiants en médecine de France (Anemf),
- l'Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (Isnar-IMG),

- l'Intersyndicale nationale des internes (Isni)
- le regroupement de jeunes généralistes installés et remplaçants (ReAGJIR).

Et les derniers admis :

- Le syndicat des jeunes anesthésistes-réanimateurs (SNJAR)
- le syndicat Jeunes Médecins (JM)

Au delà de la profession médicale, l'Union Nationale des Professionnels de Santé (UNPS) regroupe les représentants de 23 organisations syndicales de professionnels de santé en exercice libéral en France, reconnues officiellement les plus représentatives

*\*En 2019 les représentants de neuf spécialités médicales ont décidé de quitter la CSMF et de créer un nouveau syndicat : Avenir Spé présenté comme un projet politique qui a la volonté de fédérer toutes les spécialités en respectant leur différence et leur appartenance aux centrales syndicales poly-catégorielles.*

*21 autres spécialités médicales ont refusé de rejoindre ce mouvement et ont décidé de rester à la CSMF*

*De ce fait la CSMF a lancé le syndicat "Les Spécialistes CSMF" qui succède à l'UMESPE. Il est le pendant des "Généraliste-CSMF". **Le poste de vice-présidente a été proposé à Isabelle Bossé.** Malgré les lourdes charges qu'elle doit déjà assumer, Isabelle a accepté cette proposition qui est la première et certainement l'unique opportunité d'intégrer un bureau de syndicat national, et donc de porter la voix des allergologues.*

## Prochaine date de la commission de qualification en allergologie :

*lundi 19 juin 2023*

*(Une deuxième date sera ouverte le 3 juillet 2023 si nécessaire)*

<https://syfal.net/demandez-votre-qualification/>

# La vie syndicale

Dr Isabelle Bossé

➤ **Un court résumé des principales actions syndicales auxquelles nous avons participé ces derniers mois.**

## LE PLAN QUINQUENNAL DE LUTTE CONTRE LES ALLERGIES :

Ce document a permis de poser 7 problématiques et d'y apporter des suggestions de réponses.

**L'accès aux soins est une priorité, comment donner à chaque patient allergique la possibilité d'être correctement pris en charge ?**

Trois pistes de réflexion :

- Améliorer la coordination des professionnels de santé et l'organisation des soins pour assurer aux patients une prise en charge plus rapide.
- Garantir la mise à disposition de traitements adaptés pour les allergiques sévères.
- Prendre appui sur le virage numérique pour améliorer la prise en charge.

Notre système de santé doit s'adapter à la croissance de la population allergique, à la désertification médicale générale sur notre territoire, aux changements technologiques, aux avancées diagnostiques et thérapeutiques, c'est tout cela que nous devons, nous allergologues, prendre en main accompagnés par les autres parties prenantes : les autorités de santé, l'industrie pharmaceutique, les nouvelles technologies, les chercheurs, les patients, les associations, les élus, la société civile.

Un des autres enjeux majeurs est la prévention, il ne suffit pas juste de constater les faits, il serait plus judicieux d'essayer d'en enrayer l'évolution. Le plan quinquennal a ciblé trois axes sur lesquels se concentrer maintenant :

- Répondre à l'urgence de santé publique que constituent les allergies alimentaires.
- Renforcer l'information du grand public sur le risque allergique et notamment en milieu professionnel et scolaire.

- Consolider la place accordée aux enjeux de santé environnementale dans la définition des politiques et plans de santé publique.

**Des premiers résultats ont été obtenus, la pérennisation des UTA (Unité Transversale d'Allergologie)**, ce qui permettra leur développement dans des zones sous-dotées. Plusieurs avantages à cela : la possibilité d'exercer à la fois en libéral et dans ces UTA, ce qui augmente l'intérêt et la plus-value de notre métier, de donner envie à certains confrères de s'installer dans des villes moyennes sans toutefois être isolés, et permettre un accès à tous les patients dans des délais et distances raisonnables aux actes réservés à l'hôpital.

**Le développement des conseillers en environnement intérieur** est depuis longtemps en discussion, mais cela semble évoluer favorablement.

L'étude ECENVIR : Évaluation multicentrique et randomisée de l'impact des conseillers en environnement intérieur sur le contrôle de l'asthme, a produit des résultats encourageants sur le plan clinique dans le contrôle de l'asthme et sur le plan économique. Madame Firmin Le Bodo, alors députée, avait saisi ce dossier, il en sera question lors du colloque au ministère de la santé qui aura le lieu le 9 mars, et auquel vous êtes chaleureusement conviés.

Le plan quinquennal a vocation à poursuivre ses actions jusqu'en 2027, nous vous ferons un retour des avancées dans cette revue.

## LES NÉGOCIATIONS CONVENTIONNELLES

Elles sont toujours en cours pour une finalisation vers le mois de mars.

Les différentes représentations syndicales sont reçues soit ensemble, soit de façon individuelle par les représentants de la CNAM, dont son directeur Monsieur Thomas Fatome.

Les différents points portés par la CSMF sont issus de groupes de travail, qui en amont avaient sollicité les verticalités sur leurs besoins.

Voici les différentes propositions :

### Les fondamentaux de la convention médicale

#### 1) Le statut social des médecins.

Revalorisation de la valeur des points de service ASV de 1,10% et évolution pour les années suivantes selon la formule utilisée pour tous les régimes de base.

Cotisations retraite avec droits et calculées sur l'année N, en particulier pour les cumuls emploi retraite. Lever tous les freins et plafonds pour les nouvelles organisations médicales en place.

#### 2) Paiement à l'acte et forfaits

Nous défendons le paiement à l'acte qui doit rester prépondérant. Pour la CSMF, les forfaits doivent être principalement consacrés à l'organisation des structures médicales de ville (forfait structure).

#### 3) La ROSP

La ROSP est ancrée dans nos pratiques et représente 20% des revenus des médecins généralistes qui souhaitent la conserver. Elle reste critiquable car il s'agit d'un forfait déguisé associé au forfait structure et au forfait patientèle. **Elle devrait être étendue à toutes les spécialités, associée à un travail d'amélioration des indicateurs.** Ceux-ci sont trop nombreux et nécessitent une sélection pour la rendre plus pertinente.

**La ROSP doit être d'un minimum de 5000 €.**

Il est indispensable de réduire le nombre de critères : maximum 10 pour les généralistes, et **5 pour les autres spécialités, mais payés plus.**

Une approche populationnelle sera sans doute nécessaire (ORDAM), mais avec une hiérarchisation des actes avec une limite à la fréquence des actes.

#### 4) L'espace de liberté tarifaire

**L'espace de liberté tarifaire est capital pour permettre aux jeunes générations de s'installer et d'évoluer à partir d'un projet permettant de faire évoluer le statut de médecin libéral.**

Les critères pourraient être : activité en établissement public, participation à des actions de santé publique, activité dans les territoires défavorisés, participation à la formation des médecins, à des programmes de prévention...

Nécessité de faire évoluer le statut de médecin **et aller vers un statut mixte (mi-public, mi-privé).**

**Hiérarchisation et revalorisation des consultations (en rouge ce qui pourrait concerner les allergologues)**

La valorisation de la consultation doit tenir compte de 6 critères :

- 4 communs avec les actes de CCAM : expertise, technicité, stress, durée ;

- 1 critère de responsabilité ;

- 1 critère temporel de fréquence de l'acte.

L'expertise médicale est un élément essentiel, tout comme la technicité propre au médecin de par sa formation. Le stress est un paramètre de plus en plus important, et enfin, la durée de l'acte est un élément de cette hiérarchisation.

#### Propositions de 4 niveaux de consultation :

**1) G 30 € :** consultation de base de suivi du spécialiste en MG, **et consultation de suivi des autres spécialités.**

**2) G2 60 € :**

- APC tous les 4 mois, conditionné par un courrier au MT.

- Toute 1<sup>ère</sup> consultation MG et Spécialiste avec si déclaration MT, le cas échéant. Pour les Spé si patient hors parcours même tarif mais marqué « hors parcours » et remboursé par la CPAM 50%.

- Dossier MDPH et APA.

- Consultation ou visite longue du MT pour patient de plus de 80 ans en ALD.

- Consultation de synthèse annuelle du MT avec mise dans le VSM.

- Consultation de suivi des psychiatres et des neurologues.

**3) G 2,5 75 € :**

- Avis ponctuel de consultant ou première consultation psychiatres et neurologues (même conditions APC).

- Si patient hors parcours, même tarif mais écrit « hors parcours » et remboursé 50%.

- **Consultation complexes pour tous les spécialistes (possible deux fois par an pour un type de consultation complexe),** en particulier consultations pour patients en ALD nécessitant des consultations régulières par le médecin spécialiste de la pathologie.

**5) G 3,5 105€ :**

- **Consultation très complexes pour les Spé (dont la consultation d'annonce du diagnostic avec une explication de la pathologie et un plan thérapeutique pour des pathologies chroniques graves avec une possibilité de répéter cette consultation en cas de réorientation thérapeutique en fonction de l'évolution une à deux fois dans le cours de la maladie, après un RCP)**

- Consultation initiale des troubles neuro-développementaux avec cotation tous les 5 ans.

- Consultation de synthèse multidisciplinaire annuelle pour le médecin traitant.
- Consultation de prévention à 3 périodes charnières de la vie du patient.
- Consultation très complexe de prise en charge en urgence d'un patient avec orientation organisée vers une structure de soins .

#### Majorations à maintenir :

#### MCU 15€ pour tous les médecins spécialistes pour les actes cliniques et techniques en lien avec la MUT des généralistes:

Pour les MG si prise en charge d'un patient régulier dans les 48H.

Pour les Spé si prise en charge d'un patient régulier ou orienté dans les 5 jours.

Maintien des majorations de nuit, de week-end et jours fériés et les indemnités de déplacement ainsi que les majorations DROM.

#### Les actes techniques

**L'idée est de pouvoir associer les actes techniques : 2<sup>ème</sup> acte à 100% voire 80% (au lieu de 50% aujourd'hui).**

Cela permettrait de multiplier les prises de RDV et donc de d'augmenter la file active.

**Cette association ne pourra se faire que sur certains actes à déterminer avec les spécialités (CNP, sociétés savantes, groupes de pairs...).**

Une stratégie est à mettre en place avec le HCN qui pourrait écrire une procédure complète avec la détermination d'un point de travail. Il s'agit d'une discussion politique.

Le coût de la pratique doit quant à lui faire l'objet d'une discussion technique : il conviendrait de revoir ce coût tous les ans ou tous les deux ans, avec une étude du coût de la pratique contradictoire par un économiste spécialisé, famille d'actes par famille d'actes par exemple.

#### Coordination et coopération entre médecins et autres professionnels de santé

Notre position :

##### 1) Service d'accès aux soins (SAS) :

- Un SAS déconnecté de la PDSA.
- Étendu à tout le territoire.
- Elargissement de la MRT (+15€) à tous les patients adressés par le SAS ou les centres 15 et la MCU (+15 €) : l'association passant de 48h à 5 jours ouvrables en associant toute acte technique sur la liste.

##### 2) PDSA / PDES : pas d'obligation individuelle.

**3) Assistants médicaux :** meilleure adaptation des horaires de formation. Au moins un AM par médecin.

**4) Augmenter le nombre d'IPA** formées et permettre aux médecins de les embaucher pour le suivi coordonné des patients chroniques. Nous sommes opposés à tout transfert de compétence : les interventions des IPA doivent être définies par le médecin dans le cadre d'un parcours coordonné.

**5) Non à l'accès direct aux professionnels de santé autres que médecins. L'accès doit se faire de manière coordonnée, tracée et pertinente.**

**6) Demande de généralisation des ESCAP, ESS, ESP :** réponse à un besoin de santé en France.

Pour les ESS : elles doivent être reconnues et bénéficier d'un financement d'amorçage fléché (100K€).

**7) DMP / VSM :**

- Le médecin traitant crée le VSM structuré qui doit être valorisé une fois dans la vie du patient et à chaque mise à jour annuelle pour les patients âgés de plus de 80 ans et/ou en ALD.

- Le VSM non structuré sera valorisé dans la ROSP structure.

- Rémunération spécifique à prévoir pour le volet médical spécialiste.

**8) Téléconsultation :**

- TLC téléphonique remboursée.

- TLC avec assistance d'une infirmière libérale facilitée, notamment dans les EHPAD et territoires éloignés.

- Ne pas favoriser l'implantation des cabinets de TLC.

**9) Téléexpertise :**

Doit être rémunérée à 30€ pour le médecin requis, 20 € pour le médecin requérant avec un processus de rémunération facilité.

**10) Télésuivi des patients chroniques :** modalité innovante de télésurveillance des patients qui doit être facilité pour les acteurs de santé de ville et qui doivent bénéficier d'un financement public.

**11) Formation / Prévention :** augmenter les lieux de stage en cabinet libéral et en clinique pour les internes de spécialité hors MG, accroître le nombre de jours de DPC indemnisés, prévoir une formation de consultation spécifique de prévention à 3 âges spécifique de la vie, planifier une consultation spécifique pour l'observance thérapeutique chez les patients âgés polymédicamentés.

## Formation médicale initiale continue, qualité et certification

### 1) Formation :

- Certification individuelle obligatoire.
- Actions formatrices : DPC, participation à des congrès (locaux, régionaux, nationaux et internationaux), actions de formation médicale continue (locales ou territoriales, présentiellles ou non), lectures... A valider par les CNP.

### 2) Qualité et pertinence :

- Actions et évaluations renforçant la qualité des pratiques à envisager.
- Il est important de distinguer la pertinence des prescriptions, la pertinence des actes et des celles des prestations (parcours de soins). La pertinence des soins doit permettre d'améliorer les pratiques professionnelles, de développer la qualité des soins, et d'améliorer l'efficacité de la prise en charge.
- Qualité des soins : doit être une réponse à la problématique aux soins.

Elle est multidimensionnelle et doit faire référence à la formation / certification périodique l'organisation du cabinet, la coordination des soins, la pertinence des actes, ROSP, espace de liberté tarifaire, prévention, éducation.

### ➤ Les attentes des verticalités

Celles-ci sont fortes notamment concernant les spécialités cliniques dont l'activité n'est pas suffisamment valorisée financièrement et qui demande de la part de la CSMF un accompagnement pour pouvoir préserver leur spécialité et rendre celle-ci attractive pour les jeunes qui souhaiteraient s'installer prochainement.

## Coordination territoriale : les ESS (Equipes de Soins Spécialisés)

Cette nouvelles structure de spécialistes a pour objet de réorganiser la vie territoriale et de coordonner les principaux acteurs de santé dans le cadre d'un parcours de soins homogène autour du patient.

L'objet principal est actuellement de fournir au médecin traitant, médecin généraliste une consultation ou expertise dans les 24 heures, le plus souvent une consultation physique mais également en utilisant une plateforme numérique où il y aura une possibilité de mettre en place très rapidement une téléconsultation sous forme d'une téléexpertise.

Plusieurs expériences sont actuellement autorisées par l'ARS en PACA et en Occitanie.

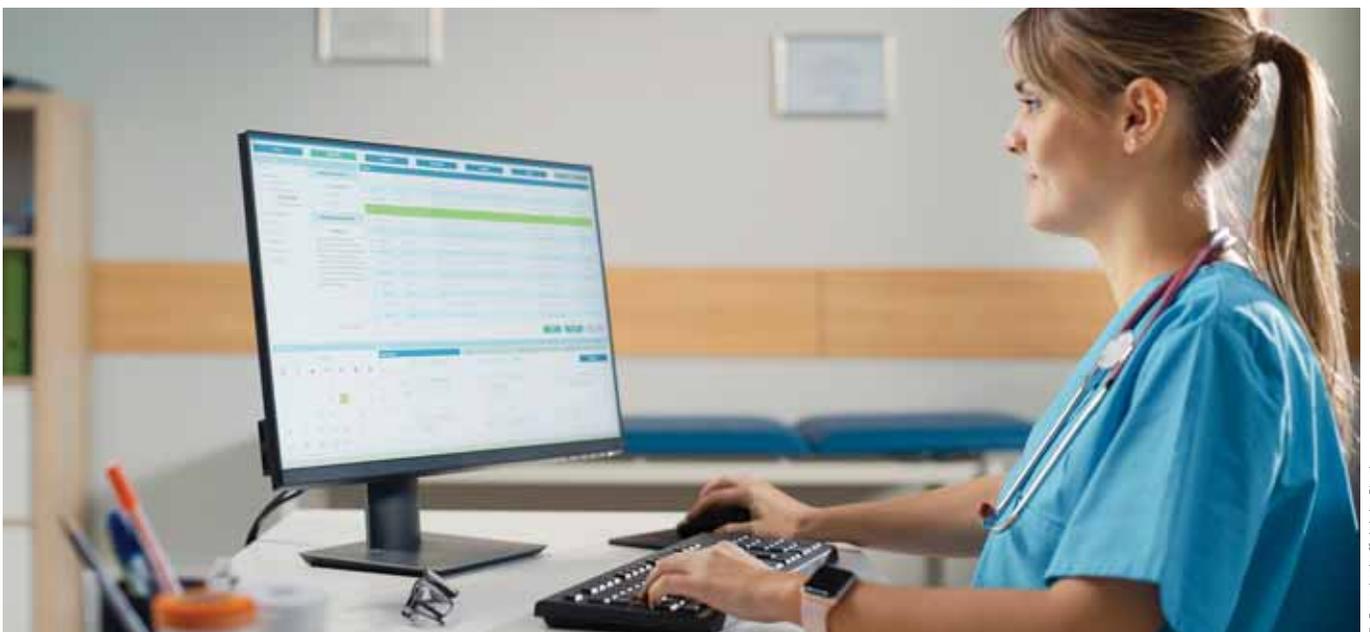
C'est en Ile de France que cette aventure a commencé par les dermatologues et actuellement les cardiologues avec l'ESS CARDIO IDF qui se développe actuellement dans 2 départements, le 75 et le 94 avec des résultats satisfaisants.

Certains aspects de ces propositions ne concernent pas directement notre pratique, mais pour une vision plus générale de l'ensemble des négociations, il m'a semblé utile de vous en informer.

Si vous avez des revendications à faire remonter, n'hésitez pas.

Il y a souvent loin entre désir et réalité, mais sachez que nos représentants ont la volonté à la fois d'améliorer le système de soins dans son ensemble et sont là pour obtenir des conditions de travail et de rémunération pour l'ensemble des médecins.

Tout ceci sera évidemment en finalité une question de budget et nous ne sommes plus à l'heure du « quoi qu'il en coûte ».





©DR

## Il a fallu se battre !

### Interview du Pr Jocelyne JUST

Par Camille Gautier

(vice-présidente en charge de la Communication) pour le Bureau de l'Association des Jeunes Allergologues de France (AJAF)

➤ **Nous sommes allés à la rencontre de Jocelyne Just. Universitaire en pneumo-pédiatrie, l'ancienne cheffe du service d'Allergologie de l'hôpital pédiatrique Armand Trousseau nous fait part de son parcours, de la création d'un service d'allergologie puis du récent DES d'allergologie.**

#### **Pouvez-vous nous parler de votre parcours hospitalier ?**

J'ai été interne en pédiatrie, puis cheffe de clinique en pneumologie pédiatrique à Trousseau, et praticien hospitalier en pneumologie. J'ai ensuite passé la capacité d'allergologie au cours de mon clinicat. Ça m'a passionnée. Quand j'ai été PH dans le service de pneumologie, j'ai eu la charge de créer l'unité d'allergologie et de standardiser les pratiques. Parce qu'à l'époque chacun faisait ce qu'il voulait ! Des attachés faisaient de l'allergo sans vraiment de fil conducteur. Ensuite, il y a eu les parts universitaire et de recherche. J'ai donc été PH puis PUPH et enfin cheffe de service.

#### **Comment décririez-vous votre parcours universitaire ?**

C'est un parcours long. Il faut avoir une thèse de sciences et une mobilité, donc partir à l'étranger, écrire un certain nombre d'articles pour concourir... Ma thèse de sciences date de mes années de pneumologie. J'ai étudié la biologie moléculaire. Lors de ma mobilité, je suis partie aux Etats-Unis et mon projet a porté sur des souris porteuses d'un gène présent dans les granules des polynucléaires neutrophiles et impliqué dans les maladies inflammatoires et auto-immunes. Ces travaux ont été très enrichissants, notamment la thèse de sciences, parce que cela apprend la rigueur de la recherche. Cela a été le 2<sup>e</sup> volet de mon parcours : essayer de faire avancer la recherche, notamment dans le domaine de l'asthme.

#### **Quels ont été vos projets de recherche au sein de votre service ?**

J'ai très vite coopéré avec des statisticiens et des mathématiciens. Comme le service était informatisé

depuis le début, nous avons pu constituer des bases de données et créer des cohortes afin de décrire des phénotypes mais aussi étudier l'impact de l'environnement sur les déclenchements des maladies allergiques chez les enfants. Cela à la fois pour l'asthme et pour l'allergie alimentaire. Sur un versant plus fondamental, les immunologistes nous ont aidé, et nous aident toujours, à identifier des biomarqueurs. Je pense que c'est en pédiatrie que beaucoup de choses se jouent. Dépister tôt des enfants à risque de développement sévère permet de faire de la prévention.

#### **Comment crée-t-on un service d'allergologie ?**

Je me suis d'abord spécifiquement occupée de l'asthme. J'ai mis en route des protocoles de désensibilisation dans l'asthme sévère. Vers la fin des années 90 début 2000, la problématique de l'allergie alimentaire a vraiment explosé, et je m'y suis intéressée petit à petit parce qu'il y avait un réel besoin. De là nous avons développé, d'abord avec mon chef de service puis moi seule, l'allergologie de manière plus transversale. J'ai monté l'une des premières unités transversales d'allergologie ou l'on prenait en charge les allergies alimentaires, respiratoires, médicamenteuses, cutanées... Au fur et à mesure, de 6 lits on est passés à 10. On a augmenté le service. On a fondé des unités d'éducation thérapeutique dans l'asthme puis dans l'allergie alimentaire et, plus récemment, la dermatite atopique. On a travaillé avec des équipes pluri-professionnelles. J'ai conçu des business plans afin d'engager une diététicienne, avoir une psychologue attachée et des infirmières en éducation thérapeutique. Nous avons finalement été reconnus

par l'ARS pour nos différentes écoles thérapeutiques et nous sommes devenus un centre expert en allergologie. J'ai eu à cœur d'aider d'autres services à mettre en place des écoles d'éducation thérapeutique en neuro, en gastro etc... et ils ont eux-mêmes été reconnus par l'ARS comme école d'éducation thérapeutique. Ce que permet un CHU ou l'hôpital en général, c'est de travailler en équipe et développer des compétences transverses centrées sur le patient.

**Pour vous, qu'est-ce qu'une formation fondamentale ajoute à la pratique clinique ?**

La rigueur scientifique. Nous, médecins, avons une médecine basée sur les preuves. Donc c'est une démarche scientifique. Malgré tout, on ne nous apprend pas la même rigueur que les scientifiques pendant nos études de médecine. Je pense que la démarche de démontrer nos choix ou nos impressions est essentielle. C'est pour cela que j'encourage les étudiants à aller au plus loin des études scientifiques, à réaliser un master 2 ou une thèse en sciences. Même s'ils n'envisagent pas une carrière universitaire, ce sera toujours utile dans la prise en charge d'un patient. Parce que l'on acquiert une démarche qui n'est pas seulement celle d'un médecin, mais celle d'un médecin qui a été enseigné à raisonner scientifiquement.

**Vous vous êtes dirigée vers l'allergologie en passant la capacité. C'était une démarche personnelle ?**

Non, à l'époque c'est mon service qui m'y a encouragée. Mon chef de service a été assez visionnaire. Parler d'allergologie était nouveau en pneumologie. Lui a compris qu'il était important de s'investir dans ce domaine et jusqu'où cela pouvait mener.

**Quelle a été l'impulsion à l'origine de la création du DES d'allergologie ?**

Les inégalités de formation qu'engendrait la capacité. C'est une très bonne formation, j'ai moi-même été formée par la capa, mais qui n'est pas suffisante parce qu'il n'y a pas d'aspect pratique, elle ne propose que des stages d'observation. Donc soit on est tout à fait curieux et on va plus loin et on peut bien sûr devenir un très bon allergologue mais ce n'est pas le cas de tous. De même, il y a ceux qui continuent à se former, en participant aux congrès, en intégrant des ANAFORCAL. Ceux-là sont des bons ! Mais à l'époque ils n'étaient pas la majorité. Et c'est vrai que ça arrivait souvent : des évictions alimentaires inutiles, des dermatites atopiques mal prises en charge, une dégradation d'un asthme parce qu'un allerge avait fait quelque chose qu'il ne fallait pas. La vision de l'allergologie par les médecins d'organes était devenue très négative. C'est pour cela que moi-même et d'autres avons poussé pour que cela devienne une spécialité universitaire, réhabiliter le visage de l'allergologie et permettre une

meilleure formation aux étudiants avec des stages pratiques. Mais il a fallu se battre ! Nous avons été plusieurs à porter ce projet depuis 2014. Les instances ministérielles étaient au départ très réticentes mais la réforme du 3<sup>e</sup> cycle a été l'occasion de le concrétiser. Je suis plutôt satisfaite de tout ce qui s'est passé ces dernières années, et très contente d'avoir participé à la création de cette spécialité.

**Quelles sont les principales difficultés rencontrées dans votre parcours ?**

Quand j'ai voulu être PUPH orientation allergeo, ça a été très compliqué vis à vis de mes collègues. D'abord parce qu'on leur enlevait une partie de leur discipline, et parce que pour eux, l'allergologie ne tenait pas de l'universitaire. Nommer des personnes en allergologie n'est toujours pas possible d'ailleurs. L'importance d'explorer ce domaine était également incomprise. Avec l'augmentation du nombre de cas d'anaphylaxie et d'état de mal asthmatique aux urgences, les mentalités ont maintenant changé. Il est désormais acté qu'il y a besoin d'une prise en charge transversale des patients et donc de la vision de l'allergologue pour certaines pathologies avec, parfois, un diagnostic vital en jeu. Après, une fois nommée et le service créé, je n'ai pas vraiment rencontré d'obstacle. Comme l'activité était au rendez-vous, l'administration m'a plutôt aidé. Il a fallu que je donne de moi-même, faire des projets, comptabiliser combien cela allait rapporter à l'hôpital. Malheureusement c'est un peu comme ça que l'administration fonctionne. Il y a un boulot derrière à accomplir. Mais je n'ai pas eu tellement de problèmes, j'ai toujours été quelqu'un qui va de l'avant et qui essaye de construire.

**Quels sont, pour vous, les challenges à relever en allergologie pour l'avenir ?**

Que cela devienne une discipline universitaire à part entière. C'est à dire qu'il y ait des professeurs universitaires d'allergologie, un Conseil National des Universités d'allergologie pour les nommer, des chefs de clinique. Le 2<sup>e</sup> challenge est d'optimiser le parcours de soin. Dans les hôpitaux, les patients les plus sévères devraient être pris en charge dans des centres experts. Il s'agirait également d'inclure systématiquement les allergologues dans les réunions pluri-disciplinaires afin d'optimiser les décisions concernant leur prise en charge thérapeutique, notamment pour la mise en route des biothérapies. C'est naturellement en train de se mettre en place, mais il n'existe pas de réelles guidelines rendant cela obligatoire. Dans le libéral, il faudrait que les patients "modérés" soient plus facilement dirigés vers un allergologue et non vers un autre spécialiste qui serait moins qualifié dans ce domaine.

# 12<sup>ème</sup> Matinale de l'ARCAA - Temps forts

Dr Céline Palussière

➤ Le 20 octobre 2022 a eu lieu à Paris la 12<sup>ème</sup> édition des Matinales de l'ARCAA.

Le SEIQA, collège centré sur la Santé Environnement Intérieur et Qualité de l'Air missionné par R-Lab, organise chaque année un temps d'échanges entre la communauté médicale, les industriels, organismes, bureaux d'études, cabinets d'architectes, et des étudiants, sur le thème de la qualité de l'air.

Suite à la crise sanitaire liée au virus de la Covid-19, l'importance de l'aération et/ou ventilation mécanique a été soulignée, afin de limiter le risque de contamination. Les capteurs de CO<sub>2</sub> ont été utilisés, indicateurs du confinement de l'air intérieur.

Cette année le focus était porté sur la **Qualité de l'air des espaces accueillant des enfants**. Les sources de pollution particulaire, chimique et biologique ont un impact d'autant plus important sur les organismes en pleine croissance. J'ai eu l'honneur de modérer cette rencontre aux côtés du Docteur Squinazi, président du collège SEIQA, qui l'avait organisée.

Dans un premier temps, Maître Corinne Lepage, ancienne ministre de l'Environnement de 1995 à 1997, a abordé **les Aspects juridiques de l'accueil de l'enfant en collectivité**. Soulignant que « l'Enfant est l'indicateur de l'Homme », Madame Lepage a rappelé que les normes environnementales et de santé publique ne sont jamais établies pour les petits enfants. L'impact de la pollution sur la santé de l'enfant est mal connu, nous manquons de registres et les droits de l'Enfant ne sont ainsi pas respectés. Le Docteur Squinazi a d'ailleurs rappelé que le Conseil d'Etat européen a condamné la France pour la pollution de l'air, pour la deuxième fois, avec une amende qui sera versée aux associations environnementales qui ont porté plainte.

La prise en compte de la **Promotion de la santé de l'enfant en collectivité** a été traitée par Madame Brigitte Moltrecht, Conseillère technique à la Direction générale de l'enseignement scolaire. L'approche de la santé avec les enfants doit être positive, comme un processus dynamique tout au long de la vie, selon le



principe de la salutogénèse. Les aptitudes individuelles s'articulent avec l'environnement scolaire et familial. La promotion de la santé est un ensemble d'actions, de formations, au sein d'un réseau. Le

ministère établit ainsi des référentiels s'appliquant aux différentes étapes : bâti scolaire, entretien, aération et ventilation, financement de capteurs de CO<sub>2</sub> pour les établissements scolaires. La qualité de l'air influence la santé et le confort des enfants, et participe à leur réussite scolaire. Le seuil de 800 ppm de CO<sub>2</sub> est vite atteint dans les classes mais diminue rapidement après quelques minutes d'aération. Le réseau propose des actions variées qui, sur la base du volontariat des établissements, aident à conserver une bonne qualité de l'air intérieur et à sensibiliser les enfants.

Le Professeur Robert Cohen Pédiatre-Infectiologue, Président du Groupe de Pathologie Infectieuse Pédiatrique, Président du Conseil National Professionnel de Pédiatrie, a abordé le problème des **Infections respiratoires de l'enfant en collectivité**. Le Professeur a rappelé que la collectivité est indispensable au développement psychomoteur, social et intellectuel de l'enfant. La fréquentation de collectivité multiplie environ par 3 le nombre d'infections respiratoires par rapport aux autres modes de garde. La protection immunitaire repose sur l'immunité humorale et cellulaire, sollicitée dès l'exposition à un agent pathogène, et qui se développe au fur à mesure des différentes infections de l'enfant. Les vaccins, l'hygiène et la qualité de l'air réduisent le risque d'infections graves et lorsque cela est possible il sera conseillé de retarder l'entrée en crèche après un an pour atteindre une certaine maturité du système immunitaire.

Nous avons pu avoir un aperçu des **Mesures de CO<sub>2</sub> dans les collectivités** par le Professeur Florence Elias, du Laboratoire « Matière et Systèmes complexes » (CNRS - Université Paris Cité). En extérieur la valeur de CO<sub>2</sub> est en moyenne de 400 ppm, à l'intérieur (en dehors de toute source de combustion)

la seule source de CO<sub>2</sub> est liée à la respiration humaine. Le seuil de 800 ppm est retenu par le HCSP en 2022 pour définir un renouvellement suffisant de l'air intérieur. Les micro gouttelettes expirées peuvent contenir des virus et rester en suspension dans l'air, et donc transmettre les infections si l'air n'est pas assez renouvelé. Au taux de 800 ppm de CO<sub>2</sub> on considère que 1% de l'air de la pièce a déjà été respiré par quelqu'un. L'aération passive ou les systèmes de ventilation mécanique permettent de renouveler l'air. La surveillance par détecteur de CO<sub>2</sub> aide à savoir quand ouvrir les fenêtres et combien de temps : le taux de CO<sub>2</sub> est un témoin important du renouvellement de l'air, mais il est aussi un polluant à part entière puisque les taux élevés altèrent les capacités cognitives des enfants.

Les représentants de deux crèches parisiennes (Babilou et Claudine Olivier) sont venus expliquer les mesures employées dans leurs établissements pour veiller à la qualité de l'air intérieur. La conception, la maintenance des bâtiments ainsi que l'organisation quotidienne sont soumises à des chartes qui répertorient les différentes actions visant la qualité de l'air : choix des matériaux, extérieurs végétalisés, ventilations double flux...

Enfin Madame Michèle Potard, de la société VMI, a traité des **Différentes possibilités pour améliorer la ventilation mécanique dans les collectivités d'enfants**. Aujourd'hui seules 15% des écoles sont équipées de systèmes de ventilation mécanique. Une VMC (ventilation mécanique contrôlée) aspire l'air dans les pièces humides (salle de bain, cuisine) par un tirage d'air mécanique. De l'air extérieur rentre par les grilles d'aération et entrées d'air sur les fenêtres. Un système de ventilation double flux insuffle de l'air extérieur (dont on peut choisir la source, à distance des sources de pollution), qui est épuré à travers des filtres et extrait l'air vicié des pièces humides.

Cette matinée a ainsi été un moment passionnant d'échanges avec des professionnels de divers horizons. La santé de l'enfant et la qualité de l'air intérieur ont été les dénominateurs communs, concepts abordés sous des angles spécifiques et complémentaires.

Les différentes interventions peuvent nous aider à répondre aux questions de nos patients sur des sujets que nous connaissons souvent mal. Si vous souhaitez approfondir, les interventions sont disponibles en replay sur le site du Syfal :

<https://syfal.net/matinale-de-larcaa-2022/>



© Lordn\_AdobeStock

## Décision de la Cour de justice européenne sur l'utilisation des néonicotinoïdes

La décision rendue par la Cour de justice de l'Union européenne déclarant illégales les dérogations à l'interdiction d'utilisation des néonicotinoïdes est intéressante à plus d'un titre.

En effet, La Cour rappelle (point 47) que les mesures d'interdiction prévues par les règlements ont été adoptées compte-tenu de la nécessité de garantir un niveau élevé de protection de la santé humaine et animal ainsi que de l'environnement. Elle souligne qu'avant la mise sur le marché des produits phytopharmaceutiques, il doit être démontré que ceci présente un intérêt manifeste pour la production végétale, et, qu'en outre, ils n'ont pas d'effet nocif sur la santé humaine ou animale. De plus, la cour condamne une interprétation des textes qui reviendrait à faire primer l'amélioration de la production végétale sur la prévention des risques pour la santé humaine et animale, ainsi que pour l'environnement.

C'est la raison pour laquelle la Cour a jugé que le texte ne permettait pas à un Etat membre d'autoriser la mise sur le marché de produits phytopharmaceutiques en vue du traitement des semences, ainsi que la mise sur le marché et l'utilisation des semences traitées à l'aide de ces produits, dès lors que cette mise sur le marché et cette utilisation ont été expressément interdites.

Cet arrêt est un arrêt de principe qui, appliqué de manière large à tous les produits phytopharmaceutiques nocifs pour la santé humaine et/ ou pour l'environnement, devrait conduire à les interdire purement et simplement.

Dans ces conditions, on ne peut effectivement qu'être étonné de constater que des produits cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques soient non seulement autorisés en tant que pesticides ( une liste particulière a été établie) mais peuvent aussi être dispersés à proximité immédiate des habitations.

Le Conseil d'État avait exigé une distance d'au moins 20 mètres, mais les produits se retrouvent de toute façon de manière quasi identique jusqu'à 150 mètres du lieu d'épandage. En outre, les agriculteurs refusent de se soumettre à cette obligation.

Cette décision, qui exclut que la priorité soit donnée à la production végétale sur la santé humaine, devra s'imposer aux juridictions françaises qui sont encore très éloignées de cette logique. Ainsi, sur cette même question des néonicotinoïdes, le Conseil constitutionnel comme le Conseil d'État ont donné la priorité à l'agriculture sur la santé. Et que dire de la décision concernant le chlordécone qui, tout en reconnaissant le scandale d'état que constitue cette affaire, prononce un non-lieu pour prescription ?

Tant que la question des priorités ne sera pas réglée de manière claire et nette, c'est-à-dire que les autorisations de mise sur le marché de produits ou de techniques ne garantiront pas l'absence de nocivité, il n'y aura pas de politique de prévention sanitaire digne de ce nom.

C'est bien évidemment une question de santé publique et de droits humains, mais c'est aussi une question économique et financière. La détérioration de notre patrimoine naturel et les morbidités, voire les mortalités, liées à la pollution chimique ont des coûts astronomiques pour la collectivité. Une véritable comptabilité intégrant ces coûts permettrait très certainement de mettre en place, également pour des raisons économiques, une politique beaucoup plus rationnelle que celle que nous menons.

*Par Corinne Lepage*

**Un webinaire  
pour expliquer le  
plan quinquennal  
de lutte contre  
les allergies**

Les allergies touchent aujourd'hui 18 millions de Français, soit près d'une personne sur trois. Les allergies respiratoires sont classées au quatrième rang des maladies chroniques par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Les allergies alimentaires ont vu leur prévalence doubler sur la dernière décennie et concernent à présent 3,5 % des adultes et 8 % des enfants. Cet accroissement quantitatif s'accompagne d'une augmentation de l'apparition de manifestations allergiques graves, pouvant mettre en jeu le pronostic vital. Les modifications de la qualité de l'environnement, comme la pollution atmosphérique, les dérèglements climatiques et la perte de la biodiversité, et nos modes de vie et habitudes alimentaires sont des facteurs majeurs de l'augmentation de la prévalence des allergies et de leur aggravation. En l'absence de réponse adaptée, il est probable que cette progression s'accroisse davantage encore dans les années à venir, pour atteindre, comme le prévoit l'OMS, 50 % de la population mondiale à l'horizon 2050. Et pourtant, les patients allergiques ne trouvent pas de réponse satisfaisante dans l'offre de soins actuelle. La démographie médicale des allergologues n'est pas en adéquation avec les besoins d'une population de plus en plus allergique. ►►

## Seuil de sensibilisation allergénique : quelle attitude ?

Les demandes d'industriels, pour valoriser leurs produits en respectant nos cahiers de charge, continuent à se présenter. Cependant, nous avons des demandes de précisions, que l'on peut estimer légitimes, sur les concentrations-seuils à ne pas dépasser des ingrédients retenus comme sensibilisants. Ces concentrations sont pour eux essentielles à connaître pour la stabilité de leurs produits.

Il est utile de toujours rappeler aux interlocuteurs que les experts ARCAA ne peuvent se positionner que sur les ingrédients ayant fait l'objet de publications et observations de pouvoir sensibilisant. Les seuils de pouvoir sensibilisant n'ont été établis que pour certaines substances, le pouvoir sensibilisant (différent pour la toxicité) ne dépend pas de la concentration, mais de la fréquence de contact avec les organes concernés (peau et muqueuses). Concernant les « traces » : il est utile de penser qu'elles pourraient à moyen et long terme contribuer à une sensibilisation progressive, d'où la nécessité d'être informé de leur présence dans la fabrication des produits, pour surveiller la tolérance allergique et éventuellement, établir un seuil de sensibilisation.

En conséquence, nous ne les avons pas retenus pour définir les niveaux de notation de labellisation.

Concernant les seuils maximaux d'ingrédients dits sensibilisants, demandés par les industriels, il ne fut pas aisé d'en définir un pour les autres ingrédients qui n'ont pas fait l'objet de publications. Il y a en outre une différence entre la concentration (standardisée) de l'ingrédient sensibilisant **que nous testons** pour avoir une réponse suffisamment rapide en patches (48 h à 96 heures), et la concentration de l'ingrédient (bien plus faible) qui entraînera une **sensibilisation allergénique par effet cumulé** à moyen et long terme, et c'est cette dernière que l'industriel nous demande de définir.

Parfois, nous avons fait le constat que les FDS qui nous sont transmises ne mentionnent pas les compositions détaillées des produits, nous ne pouvons toujours nous fier à ces documents.

Nous avons donc fait le choix de définir un **seuil** (arbitraire d'une certaine façon, reposant sur un seuil défini pour d'autres ingrédients sensibilisants) qui nous servira de base de travail, en attendant les premières observations de signalement de cas d'allergies de contact. J'estime, que sans travaux précis récents sur les sujets, il était nécessaire de faire le choix de seuils que nous pensons à moindre risque.

Nous avons été également confrontés à certaines interrogations :

- le capryl-glucoside n'est pas dans le catalogue Références 2022 Chemotechnique Diagnostics (alors que décyl et lauryl-glucosides le sont). Je ne suis personnellement pas convaincu qu'il faille étendre cet ingrédient à la gamme des glucosides sensibilisants.
- il y a confusion entre propylène glycol, di-propylène glycol, propane-2-ol, propane-diol, qui sont des ingrédients
- concernant les 26 substances des fragrances, nous avons fait le choix de seuil maximal défini comme la somme des ingrédients connus.

Il est utile de rappeler que nous ARCAA avons initié, en tant que communauté médicale, cette démarche de labellisation dans le mieux-faisant sur le plan allergénique. Notre objectif étant, à mon sens, d'influer utilement sur la fabrication de produits d'usage courant, en obligeant l'industrie vers ce mieux-faisant, ce que l'on a à chaque bien obtenu jusqu'à présent. D'autres collègues commencent à s'intéresser à ce travail, et c'est une évolution intéressante que de voir se continuer cette implication en santé publique, relayant notre travail d'initiateurs.

*Par Eric Thomas*

- ▶▶▶ On ne dénombre en moyenne qu'un praticien pour 66 000 personnes en France. D'autre part, les allergologues ne sont pas équitablement répartis sur le territoire, d'autant que la nouvelle génération d'allergologues privilégie l'exercice hospitalier. Le nombre de praticiens formés avec la création en 2017 du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) d'allergologie est insuffisant pour assurer le renouvellement de la profession. La spécialité se heurte à des difficultés de mise en place avec un déficit de terrains de stage et une disparité de formation sur le territoire. La Formation Spécialisée Transversale (FST) « Maladies allergiques » pour les internes des spécialités connexes et la capacité d'allergologie ouverte à tous les médecins ne sont hélas ni attractives, ni valorisées. Lors d'un webinaire de la nouvelle série « Les Grands Témoins » du Collège SEIQA, Isabelle Bossé présentera, le 2 mars 2023, de 12 h à 13 h, les constats et les leviers d'actions pour adapter notre système de santé et lutter contre les disparités d'accès et de prise en charge des allergies, enrayer le développement des allergies et adopter une approche préventive.

*Docteur Fabien Squinazi, Président du Collège  
« Santé, Environnement Intérieur et Qualité de l'Air »*

# Marcel Proust et l'asthme

Dr Céline Palussière

➤ Nous avons beaucoup entendu parler de Marcel Proust en 2022, qui marquait le 100<sup>ème</sup> anniversaire de sa mort... après avoir souffert toute sa vie d'un asthme, probablement allergique. Petit focus sur l'asthme et la maladie dans l'œuvre de Proust.



**M**arcel Proust était le fils du Professeur Adrien Proust, membre de l'Académie de Médecine et titulaire d'un poste d'hygiène à l'Université. Son frère cadet Robert devient également médecin, et comme son père, adhère aux théories hygiénistes : ils prônent le lavage des mains, la vie au grand air,

une nourriture saine... Marcel prend le contrepied de leurs recommandations et décide au contraire de vivre confiné.

Le frère de Marcel Proust décrit sa première crise d'asthme : *"C'est à l'âge de neuf ans, en rentrant d'une longue promenade au bois de Boulogne que nous avons faite avec nos amis D..., que Marcel fut pris d'une effroyable crise de suffocation qui faillit l'emporter devant mon père terrifié, et de ce jour date cette vie épouvantable au-dessus de laquelle planait constamment la menace de crises semblables"* (Marcel Proust intime).

Il semble avoir été moins gêné par l'asthme après la puberté, jusqu'à l'âge de 24 ans. En octobre 1914, il présente une deuxième crise d'asthme après avoir fui la capitale à Cabourg, au cours de la percée allemande de septembre.

Le père de Marcel soigne son fils de façon constante et invasive, en réaction celui-ci s'isole de plus en plus. La chambre et l'écriture deviennent un refuge.

Marcel Proust pratique l'auto-médication, contre l'échec de la médecine, avec la pharmacopée de l'époque : cigarettes Espic, fumigations de poudre Legras dégageant une épaisse fumée, médicaments à base de caféine et d'adrénaline, opium, barbituriques...

Il vit essentiellement la nuit, fenêtres closes. Il se nourrit de croissants et de café au lait.

L'enfermement constitue une protection par rapport à l'extérieur considéré comme un danger : Marcel Proust présente vraisemblablement une allergie aux pollens et une fragilité par rapport aux infections respiratoires. L'anxiété générée par le monde extérieur le conduit à une vie de plus en plus recluse.

Il finit sa vie dans une chambre tapissée de liège car il ne supporte plus le bruit, chambre dont le mobilier est recouvert d'une épaisse couche de poussière. Les Soixante-quinze feuillets sont des manuscrits de Proust confiés en 1950 à un chercheur. Ils sont recouverts de poudre Legras que Proust utilisait en fumigations pour traiter son asthme.

Dans ses lettres il écrit :

*"L'air était si lourd aujourd'hui, que la fumée de la poudre que j'ai brûlée à 5 heures pourtant, est restée malgré toutes les portes ouvertes dans ma chambre où l'on n'aurait pas pu se voir, où vous auriez toussé, pleuré".*

*"pendant deux jours la violence de mes crises m'a empêché de laisser rien ni personne entrer près de moi".*

*"un état d'asthme ininterrompu".*

*"j'ai depuis deux jours de véritables convulsions d'asthme et d'asphyxie, pendant lesquelles écrire m'aurait été aussi impossible que parler".*

*"une crise de trente heures pendant laquelle tout mouvement (et aussi toute immobilité), toute pensée m'ont été refusés, crises d'asthme tellement violentes que rien n'y résistait »*

Il meurt en 1922 d'une pneumopathie à pneumocoque.

Dans *A la recherche du temps perdu* le corps malade de l'auteur est diffracté en plusieurs personnages. Il y a tout d'abord la Tante Léonie, qui est hypocondriaque et qui refuse de quitter la chambre. Le narrateur lui-même est souffrant, sans que l'on ne sache



exactement quelle est sa pathologie. Il est dit qu'il a une « petite santé », qu'il est sujet « aux étouffements ». Tout son entourage proche admet cette santé fragile et se montre attentif à son bien-être. La maladie et la mort de la grand-mère ont également une place importante. Le Docteur Cottard représente un expert scientifique, quoique ridicule. Enfin l'amour lui-même est une pathologie, engendrant la jalousie, la souffrance.

Sur le plan pharmacologique, il faut rappeler que le salbutamol n'a été mis au point qu'en 1969. L'adrénaline était utilisée pour traiter l'asthme à partir de 1903, puis l'isoprenaline dans les années 1940.

Proust, né en 1871, ne peut donc y recourir, il a accès aux traitements traditionnels de l'asthme. Ceux-ci consistent en des fumigations qui permettent de

libérer le souffle et fortifier l'esprit. La poudre Legras contient du datura, de la résine de benjoin et de l'azoate de potasse. Conçue au XIX<sup>ème</sup>, elle a été commercialisée jusqu'à 1992. Le XIX<sup>ème</sup> siècle voit aussi une simplification de la galénique apparaître avec les cigarettes antiasthmatiques. Ce n'est qu'en 2006 que parait au JO l'interdiction de vendre des cigarettes en pharmacie.

D'étroits liens rattachent ainsi la santé et le corps souffrant de l'auteur à son œuvre. Son intuition concernant l'automédication aura été néfaste, mais la connaissance de la maladie et les traitements disponibles étaient limités. Certains critiques voient dans les difficultés respiratoires de Proust un lien avec les longues phrases, comme une longue prise d'air ou un souffle étiré... Je ne me risquerais pas dans ces interprétations littéraires ! La maladie n'est qu'un des multiples aspects de cette œuvre grandiose, mais elle peut peut-être constituer une porte d'entrée aux médecins qui n'auraient pas encore fait le premier pas vers l'ouverture du livre ?



## RÉFÉRENCES

*A la recherche du temps perdu.* Marcel Proust. La Pléiade, tomes I, II, III.

<https://www.ammpu.org/litterature/proust.htm>

*De la fumée contre l'asthme, histoire d'un paradoxe pharmaceutique.* Cécile Raynal, *Revue d'Histoire de la Pharmacie*. 2007; 353 (7-24)

<https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/marcel-proust-le-podcast>

<https://www.amif.com/histoire/proust-asthme-ecriture>

<https://freebooksummary.com/salbutamol-history-of-development-in-asthma-drug-compounds>



# Préparation d'une consultation pour l'Allergologue

Dr Françoise Leprince

➤ *Tout le monde est un jour sorti du cabinet de son médecin en se disant : « Ah ! Zut, j'ai encore oublié de lui parler de... ». C'est normal, le temps de consultation est plus ou moins court et, outre les actes techniques qui se pratiquent en silence (auscultation, prise de tension, mesure du souffle), de nombreuses informations sont échangées pendant ce moment et, parfois, le temps manque pour aborder certains sujets. Voici comment éviter de se tromper et comment retrouver tous les points à retenir pour préparer sa consultation, pour envisager au mieux son traitement, comprendre ses maux et savoir faire face aux différentes situations et surtout savoir en parler avec son médecin et son entourage.*

## LA CHECK LISTE INDISPENSABLE :

Lors d'une première consultation avec le médecin, lorsque vous venez car vous soupçonnez un problème respiratoire comme l'asthme, la rhinite allergique ou d'autres formes d'allergies, il est important d'établir au préalable une « check-list » reprenant les différentes questions à aborder.

### - Rappelez les antécédents familiaux.

Y-a-t-il eu des cas d'asthme ou d'allergie dans la famille ? On sait en effet que même si ce n'est pas systématique, l'asthme et les allergies ont des composantes héréditaires.

### - Listez tous les signes qui vous amènent à consulter et à quel(s) moment(s) ils se sont produits.

Par exemple : « le manque de souffle à l'effort, « la démangeaison de la bouche en consommant certains aliments », « des quintes de toux la nuit », « des plaques qui grattent sur le corps en cas de stress » « des éternuements récents en étant dehors ».

Il est très important aussi de **signaler au médecin les autres maladies dont vous pouvez souffrir** et de lui communiquer **la liste des médicaments que vous prenez habituellement**, même si ces médicaments concernent des prescriptions d'autres médecins (dans ce cas, l'idéal est d'apporter vos ordonnances) ou même ceux de l'automédication.

Toutes les formes de médicaments sont concernées : comprimés, gélules, suppositoires, piqûres, collyres, pommades, etc.

- N'oubliez pas enfin tous les **changements récents** qui peuvent être survenus dans votre vie : déménagement, problèmes familiaux (décès d'un proche, divorce), modification des habitudes alimentaires, etc.

### Lors des prochaines consultations, ne perdez pas l'habitude d'établir une check-list !

Pensez à noter si des symptômes sont intervenus depuis la dernière consultation, à quelle fréquence et dans quelles circonstances.

Si vous avez ressenti des effets indésirables causés par certains médicaments, dites-le à votre médecin, et n'interrompez pas le traitement sans le lui dire.

## ASTHME : COMMENT DÉCRIRE LES MOTS POUR LE DIRE LORS DU RENDEZ VOUS

Pour aider votre médecin dans le suivi de votre asthme, il est utile de remplir le **questionnaire du contrôle de l'asthme** qui aura pu être donné lors de la consultation précédente et à lui apporter les résultats. Il verra ainsi immédiatement si votre asthme est bien contrôlé, si le traitement qu'il vous a prescrit est adapté ou s'il est nécessaire de le modifier, sinon penser à le demander.

Pour schématiser, on pourrait dire que l'objectif du médecin est de « normaliser votre fonction respiratoire » alors que le vôtre est de **vivre normalement**, de ne pas avoir de symptômes et d'oublier la maladie.. Présentés ainsi, ces objectifs ne semblent pas correspondre et peuvent créer l'impression de ne pas être compris par son médecin.

Pourtant, la **normalisation de la fonction respiratoire** correspond à une respiration normale, sans essoufflements, sans crises, sans gêne. C'est la manière de l'exprimer qui diffère. C'est la raison pour laquelle il est important de connaître le vocabulaire utilisé par le médecin.

Pour cela, vous pouvez bien sûr **appeler l'association Asthme et Allergie au 0 800 19 20 21**, mais vous pouvez aussi demander des **précisions ou des explications à votre médecin**.

On entend souvent des personnes qui nous appellent dire : « *Je n'ai pas osé demander à mon médecin* ».

Si vous n'exprimez pas vos interrogations, votre médecin ne peut pas les deviner.

De plus, cette crainte est souvent provoquée par la peur d'être jugé, de passer pour un(e) imbécile... Des mots comme **exacerbation, hyperréactivité bronchique, corticostéroïdes, choc anaphylactique...**, ne font pas partie du vocabulaire courant et il est normal de ne pas les connaître d'emblée.

Pour le médecin, la bonne compréhension de sa maladie par le patient et du rôle des médicaments est un facteur essentiel de la réussite du traitement. N'hésitez donc pas à lui poser des questions jusqu'à ce que les choses soient bien claires pour vous.

N'hésitez pas non plus à reformuler, avec vos propres mots, ce qu'il vous a dit : « *Si j'ai bien compris docteur, les bronches sont comme des tuyaux dans lesquels l'air passe et chez moi, les tuyaux sont encrassés* ».

Pour vous assurer que vous avez bien compris, essayez d'expliquer ce qu'est l'asthme et quels sont les traitements à quelqu'un de votre entourage. Si cette personne comprend, c'est le signe que, vous aussi, vous avez tout compris. Comme le disait Boileau il y a plus de 300 ans : « *Ce qui se conçoit bien s'énonce clairement, et les mots pour le dire arrivent aisément* ».

## VOTRE ENFANT EST ASTHMATIQUE ?

Pour qu'il soit traité le mieux possible, il est indispensable de fournir un maximum d'informations à son médecin. Outre le questionnaire de contrôle de l'asthme qui existe également en **version pédiatrique** que nous vous invitons à remplir avant la consultation, vous pouvez également faire le point sur les situations suivantes.

Votre enfant :

- est-il particulièrement fatigué ?
- fait-il des bronchites à répétition ?
- prend-il correctement ses médicaments tous les jours ?
- a-t-il d'autres signes d'allergie (eczéma, allergies alimentaires, rhinite allergique) ?

- est-il exposé au tabac (chez vous, chez des grands parents, etc.) ?

- avez-vous l'impression que ses symptômes se sont modifiés récemment ? À quelle occasion ?

- avez-vous mis en place un **PAI (Projet d'accueil individualisé)** à la crèche ou à l'école ?

**LES ALLERGIES ALIMENTAIRES** : être le plus précis possible pour aider au diagnostic

Pour poser le diagnostic d'allergie alimentaire, le médecin allergologue va devoir vous poser de nombreuses questions. Il va vouloir savoir s'il existe d'autres personnes allergiques dans la famille, quels aliments déclenchent une réaction, quel type de réaction vous faites, si cette réaction est immédiate ou apparaît de façon retardée après la prise de l'aliment.

Il réalisera ensuite une **enquête alimentaire** et vous demandera de noter pendant 7 jours tous les aliments consommés, leur quantité, la façon dont vous les préparez (crus, cuits), sous quelle forme ils sont conservés (surgelés, en conserve, frais). Il pourra ensuite, s'il le juge nécessaire, réaliser des tests complémentaires.

Il prescrira ensuite un **régime d'éviction alimentaire**.

**Attention à l'autodiagnostic et aux régimes d'éviction « sauvages »** qui sont à l'origine de carences et de déséquilibre alimentaires.

Ne supprimez pas de vous-même un aliment ou une famille d'aliments de votre alimentation sans l'avis de votre médecin-allergologue !

## LE CAS PARTICULIER DES ALLERGIES MÉDICAMENTEUSES

Une allergie à un médicament peut revêtir **diverses formes** : réactions au niveau de la peau (urticaire, éruption fugitive appelée « rash »), réactions au niveau digestif (vomissements, crampes abdominales, diarrhée), problèmes respiratoires (toux, éternuements, asthme, nez bouché), irritation des yeux, œdème du larynx (gonflement dans la gorge), **choc anaphylactique** avec chute de la pression artérielle.

C'est la raison pour laquelle, face à la diversité des réactions, il est très important de décrire au médecin, de façon très précise, tous les signes ressentis, quels qu'ils soient, au bout de combien de temps après la prise du médicament ils sont apparus, sans oublier de signaler la prise d'alcool concomitante.

N'oubliez pas de noter **le nom exact des médicaments** que vous avez pris, ainsi que **la voie de prise** (voie générale ou voie locale), qu'il s'agisse de médicaments prescrit par un médecin, de génériques ou d'automédication et ce, quelle que soit la dose prise.

Par ailleurs, de nombreuses personnes pensent être allergiques à certains médicaments (aux antibiotiques en particulier), alors que les réactions causées par ces médicaments n'étaient pas de nature allergique.

**Seul un allergologue pourra véritablement poser le diagnostic, dire précisément à quel médicament vous êtes allergique et par quel(s) autre(s) médicament(s), il peut être remplacé.**

«L'allergie à l'iode» est également souvent évoquée, à l'origine d'une confusion entre des réactions causées par l'ingestion de poissons, de fruits de mer, de bains à la plage, l'utilisation de désinfectants pour la peau... La seule véritable allergie dite à l'iode est celle due à des produits de contraste parfois utilisés en radiologie qui contiennent de l'iode. Dans ce cas également, il est très important de consulter un allergologue pour confirmer ou non ce diagnostic.

Enfin, **si le diagnostic d'allergie à un médicament est confirmé**, n'oubliez pas d'en **informer vos proches** et de porter sur vous **une carte ou un bijou** de type bracelet ou pendentif **signalant le médicament en cause**.

### QUAND LA PEAU EST CONCERNÉE

Vous vous êtes réveillé(e) avec des plaques rouges sur le corps ? Vous avez l'impression que ces plaques apparaissent, disparaissent, changent de place au fil du temps ? Votre peau est sèche et vous démange à certains endroits, il y a de petites croûtes...?

Un seul mot d'ordre : **prenez des photos !** C'est absolument indispensable pour que le dermatologue puisse se rendre compte du type de lésions dont vous souffrez.

Si cela n'est pas possible, le médecin vous posera de nombreuses questions, auxquelles il est important de se préparer avant la consultation afin de lui apporter des réponses :

- s'agit il de plaques rouges, rosées, beige claire ?
- les lésions ont-elles un relief au toucher ou sont-elles planes ?
- s'agit de plaques avec un contour bien délimité ou, à l'inverse, à bords flous ?
- est-ce que ces plaques desquament ou pèlent ? Et si oui, dès le départ ou au bout de plusieurs jours ?
- combien de temps reste une même plaque au même endroit ? Quelques heures ? Plusieurs jours ?
- Où se localisaient les premières lésions ?
- L'éruption évolue-t-elle par poussées ? Si oui, depuis combien de temps ? Combien de temps dure une « poussée » ?

Voici donc, comment préparer utilement, votre prochaine consultation, pour gagner du temps, pour être utile au spécialiste, pour être mieux compris(e), pour mieux interpréter les propos et explications qui vous seront faites ; la coopération est primordiale, pour les échanges et le meilleur résultat à obtenir.





# Interview de Joël Spiroux de Vendomois

Dr Delphine Prince

**Bonjour Joel, peux-tu te présenter et nous raconter quel est ton parcours ?**

## UNE PRISE DE CONSCIENCE PRECOCE DES LIENS SANTE-ENVIRONNEMENT

Amoureux des chevaux, de la nature et intéressé par l'agriculture, j'ai commencé par des études de technicien agricole et j'ai passé un baccalauréat D', en 1971. C'est là que j'ai pris conscience que l'agriculture participait grandement à la pollution de la planète, pesticides, élevages intensifs...

Mon diplôme obtenu, conscient que je ne pourrais pas faire passer les messages nécessaires si je restais dans le monde agricole j'ai fait des études de médecine, qui me paraissait la meilleure voie pour cela.

Le métier de médecin est pour moi le plus beau métier du monde avec celui d'enseignant.

J'ai étudié la médecine à la faculté de Caen et dès la fin de mes études, j'ai passé un diplôme de réparation du préjudice corporel pour réaliser des expertises médicales qui est un domaine pour lequel je n'ai finalement pas pratiqué.

## Quel a été ton exercice médical ?

Après mon internat et des remplacements dans la campagne Normande, j'ai obtenu ma thèse en 1980.

En 1981, je me suis installé en médecine générale, discipline que j'ai pratiquée à plein temps jusqu'en 2001, je pratiquais une activité de médecine générale complète, participant aux soins d'urgence, aux gardes de nuit, visitant les inculpés gardés à vue, comme tout généraliste...

A partir de 2001, j'ai partagé mon temps avec la recherche en biologie moléculaire sur l'impact des pesticides et autres xénobiotiques sur la santé, ce qui m'a été possible grâce à mon épouse, médecin généraliste, nutritionniste et médecin expert, qui prenait en charge mes urgences lorsque j'étais absent...

## L'ART DE LA MEDECINE

J'ai toujours trouvé la médecine, telle qu'on nous l'a enseignée très limitée, réductionniste, car la place de la prévention primaire est infime et que nous n'avons été formatés que pour le soin que nous réalisons d'ailleurs au mieux... Se surajoute le fait que nous avons peu d'outils thérapeutiques hormis la chimie. Je me suis alors ouvert à d'autres techniques de soins. J'ai d'abord passé un diplôme de médecine chinoise à Bobigny, le DUMETRAC (**D**iplôme **U**niversitaire de **M**édecine **T**RAditionnelle **C**hinoise) qui m'a ouvert le regard sur le monde, sur la santé et sur le soin. J'ai enchainé sur un DU d'acupuncture. Et comme cela n'était pas suffisant à mon gout j'ai passé un DU de médecine manuelle et ostéopathie à Caen.

Je suis un manuel et j'ai toujours fait de la sculpture et de la marqueterie par plaisir et pour me détendre. Dans ce genre d'activité, on ne peut pas travailler avec un seul outil ! Quand on fait, par exemple, de la sculpture sur pierre, on a une vingtaine de ciseaux, de gouges, de gradines à disposition et on choisit l'outil le plus adapté en fonction du motif que l'on a envie de réaliser. Pourquoi n'en serait-il pas de même en médecine ?

La grande faille de la médecine française a été de laisser hors de son champ d'action de nombreuses thérapeutiques traditionnelles. Il est vraiment dommage que l'enseignement de ces techniques ne soit pas inclus dans nos études de médecine afin de n'être utilisées qu'à bon escient et au bon moment par le corps médical, seul capable d'évaluer l'intérêt et le rapport « bénéfice/risque »...

## LA MEDECINE ENVIRONNEMENTALE : DU CABINET A LA RECHERCHE

Avec cette vision ouverte je me suis aperçu que **beaucoup des patients qui arrivaient dans mon cabinet n'auraient pas dû être malades si les conditions environnementales au sens large étaient de bonne qualité.**

Dans cette perspective, en 1991/1992, je suis inscrit au « **Certificat International en Ecologie Humaine** » qui était enseigné à la faculté de médecine, rue des Saints Pères, Paris V Descartes. Ceci m'a largement conforté sur mon idée de l'importance des liens entre la santé et l'environnement et cela m'a donné le courage de continuer à travailler sur le sujet.

C'est ainsi qu'à partir de 2001, **tout en poursuivant mon activité en médecine générale, j'ai intégré, à titre bénévole, le laboratoire de biologie moléculaire du Professeur Gilles-Eric Seralini à Caen.**

J'ai été co-auteur de nombreuses publications scientifiques internationales. Nous avons publié entre autres sur les OGM (Organismes Génétiquement Modifiés) et les sur effets sur la santé des pesticides tout particulièrement du glyphosate.

J'ai participé, au sein du laboratoire à l'encadrement de doctorants et à 3 jurys de thèse dont l'un en tant que directeur de thèse.

Auteur de deux livres qui nécessiteraient d'être maintenant remis à jour :

(2007) Les pathologies environnementales. Ed. Josette Lyon.

(2008) Les infections nosocomiales. Comment y échapper ? En collaboration avec Claude Rambaud. Ed. Josette Lyon.

Participation à des ouvrages collectifs :

(2003) Dictionnaire des Risques. 61 auteurs, coordinateur : Yves Dupont. Ed. Armand Colin.

(2007) Dictionnaire des Risques. Deuxième édition, 76 auteurs (2007), pp- 339-340 ; 354-355. Coordinateur : Yves Dupont. Ed. Armand Colin.

(2011) Nomenclature normative internationale sino-française des expressions et termes fondamentaux de la Médecine Chinoise. Comité scientifique de rédaction 36 auteurs, participation conjointe à l'intégralité de l'ouvrage, coordinateur Pr Zhu Miansheng. Desclée de Brouwer/ Edition Médicale du Peuple.

(2013) Le risque Biologique, une approche transdisciplinaire. 39 auteurs, coordinateur Pr Jean Michel Panoff, L'Harmattan, pp- 97-102 ; 139-152 ; 165-176.

## DES FONCTIONS ADMINISTRATIVES AU SERVICE DE LA SANTE ENVIRONNEMENTALE

Secrétaire général du SML 27 (Syndicat des médecins libéraux de l'Eure) de 1985 à 2000 et élu à l'URML HN (Union Régionale des Médecins Libéraux de Haute Normandie) de 1995 à 2015, mes fonctions administratives m'ont permis de porter le sujet qui me tenait depuis toujours à cœur.

J'ai donc fondé en 2000 **la première « commission santé environnement »** de toutes les URML.

En 2005, j'ai initié et organisé sur le plan scientifique le premier congrès national sur les pathologies environnementales qui s'est déroulé à Rouen.

Au sein de cette commission, j'ai initié et participé en 2006, avec l'aide des **Pr Jean-Pierre Goullé**, actuel Président de l'Académie de Médecine et **Pr Michel Guerbet**, pharmacologue, une étude phare sur **les résidus de médicaments dans les effluents du CHU de Rouen et de l'agglomération Rouennaise...**

En tant que Président de la Commission santé environnement de l'URML de Haute Normandie, j'ai pu obtenir le financement de cette étude par la DRASS et dont les résultats ont permis la mise en place du plan **« résidus de médicaments dans les eaux »** par Madame Nathalie Kosciusko-Morizet. (*voir encadré 1*).

S'en est suivi en 2008 l'organisation du **« Premier Congrès Européen sur les Pathologies Environnementales »** (ECEP 2009) pour l'URML de Haute Normandie.

Ces actions ont eu une grande portée et j'ai ensuite été sollicité pour participer à plusieurs commissions tant au niveau régional que national.

J'ai été de 2007 à février 2021, expert en santé environnementale au **Conseil Départemental de l'Environnement et des Risques Sanitaires et Technologiques (CODERST)** de Seine Maritime, nommé par le préfet de région de Haute Normandie.

J'ai eu l'opportunité de participer au 2007 au Grenelle de l'environnement, puis nommé par Jean Louis BORLOO, ministre de l'écologie, de l'énergie, du développement et de l'aménagement durables à la **« Haute Autorité Provisoire sur les OGM »**.

Puis en 2015, j'ai été coauteur du rapport de mission officielle : **« L'économie du Nouveau Monde »** demandé le 13 novembre 2014 par Madame Ségolène ROYAL, Ministre de l'écologie et du développement durable, à Madame Corinne LEPAGE.

J'ai l'honneur d'être depuis régulièrement audité par les commissions parlementaires ou gouvernementales ayant trait à la santé environnementale.

## L'ENSEIGNEMENT : L'AUTRE « PLUS BEAU METIER DU MONDE »

Mon activité de recherche couplée à mon souhait de sensibiliser tant les confrères que le monde de la cité m'ont conduit naturellement vers la transmission et l'enseignement.

Je suis depuis 2000 membre du comité scientifique du CRIIGEN (Comité de Recherche et d'Information Indépendant sur le Génie Génétique) fondé par Corinne LEPAGE.

## Encadré 1

## UNE ÉTUDE PHARE

*Je suis parti du constat que si l'agriculture et l'industrie polluent, nous aussi avec nos médicaments polluons. Même si les médicaments les plus dangereux, CMR (Cancerigènes, Mutagènes, Reprotoxiques) sont utilisés à bon escient pour traiter les cancers, permettant à nos patients de gagner des mois, voire des années de vie, il n'en reste pas moins qu'une fois utilisés, ils repartent dans l'environnement par la sueur, les selles les urines. Xénobiotiques à part entière, ils vont polluer l'eau, les sols, la faune et la flore ce qui les rend dangereux pour l'environnement et pour la santé.*

*En tant que président de la Commission Santé Environnement de l'URML, j'ai donc proposé aux Prs. Goullé et Guerbet des universités de Rouen et du Havre de réaliser une étude avec l'objectif de suivre et de doser 25 molécules thérapeutiques à la sortie du CHU de Rouen, à l'entrée de la station d'épuration et ce qui en sort, donc ce qui rentre dans la Seine. Dans le second volet de cette étude, nous devons regarder ce qui se retrouvait dans les poissons et coquillages dans l'estuaire de la Seine, donc potentiellement dans l'alimentation.*

*Ceux-ci l'ont accepté. Il me restait à trouver les financements.*

*Mes fonctions administratives m'ont données l'opportunité d'exposer le sujet de cette étude au Préfet de région rencontré lors d'une réunion du CODERST (Conseil Départemental de l'Environnement et des Risques Sanitaires et Technologiques). Cela l'a grandement intéressé et il m'a mis en contact la Directrice de la DRASS qui nous a octroyé un financement en deux phases. Dans un premier temps, nous avons obtenus 70 000 euros pour la réalisation du premier volet de l'étude : Prélèvement pendant un mois par des préleveurs asservis au flux à la sortie du CHU, à l'entrée de la station, au milieu et à la sortie de la station, et dosage des 25 molécules. Les mesures de 25 xénobiotiques dans les eaux ont pu être réalisées et nos résultats publiés.*

*Une seconde enveloppe de 30 000 euros devait nous être octroyée pour rechercher la présence de ces xénobiotiques dans les poissons plats et les organismes filtreurs de l'estuaire de la Seine.*

**Pas de malades, pas de financement**

*C'est à cette époque que la DRASS a disparu et que l'ARS en a repris les fonctions. La question du premier directeur de l'ARS de Haute Normandie et la condition sine qua non pour débloquer les fonds restants a été : « Avez-vous des patients devenus malades à causes des résidus ? ». L'objectif de la suite de l'étude était la recherche de ces polluants médicamenteux dans la chair poissons plats et les huitres de l'estuaires de la Seine. Et donc de prouver la présence de ces résidus médicamenteux dans l'alimentation. En l'absence de malade, la suite du financement ne nous a pas été accordée et nous n'avons pas pu aller jusqu'au bout du protocole.*

*Les résultats de cette étude ont néanmoins fait l'objet de 2 publications dans des revues internationales et une en dans une revue de toxicologie française, toutes avec comité de lecture. Sur les 25 molécules suivies : antalgiques, antitussifs, antidépresseurs... nous avons pu montrer pour les 295 kg entrant par an dans la station d'épuration, 280 Kg étaient rejetés dans la Seine.*

**Résidus de médicaments dans les eaux : le secteur hospitalier, mais pas que...**

*L'un des enseignements de cette étude, est le constat que ce ne sont pas les hôpitaux et les cliniques qui polluent le plus car les sources de la pollution médicamenteuse sont diffuses. Les traitements ambulatoires, y compris avec des produits hautement CMR comme les chimiothérapies vont dans les effluents généraux mélangés aux effluents médicamenteux vétérinaires et à ceux de l'élevage. Se contenter de placer des filtres spéciaux à la sortie des hôpitaux et cliniques serait contre-productif car ce ne sont pas eux qui produisent le plus.*

**Une prise de conscience politique**

*Les résultats que j'ai présenté au premier colloque européen sur les pathologies environnementales en 2009 ont eu un impact national avec une prise de conscience des politiques. Madame Bachelot s'en est inspirée pour élaborer son « pré plan résidus médicaments ». Madame Kosciusko-Morizet en a utilisé les conclusions pour élaborer le « **plan national sur les résidus de médicaments dans les eaux** », plan qui existe toujours.*

J'ai été en 2006 nommé responsable de la formation des formateurs du corps médical régional de Haute Normandie pour le « **Plan National Pandémie Grippale** » ; de 2012 à 2018, j'ai été **Chargé de cours Master Green 1**.

C'est ainsi que je suis organisateur scientifique et/ou intervenant chaque année de plusieurs colloques médicaux sur les thèmes de santé/médecine environnementale..

Je dispense pour le corps médical de nombreuses formations sous l'égide de l'agence nationale du développement professionnel continue (**ANDPC**), formation du corps médical post universitaire sur les thèmes des liens entre santé et environnement.

Ma grande fierté est d'avoir pu créer en 2020, avec l'appui du Pr Jean Paul Méningaud du CHU Henri Mondor et de la Faculté de Médecine de Paris/Créteil le **DUME (DU de Médecine Environnementale)** dont

je suis à la fois organisateur scientifique, responsable pédagogique et enseignant.

## **Un impact multifactoriel de l'environnement sur les allergies.**

Quand j'ai commencé médecine, j'ai appris que l'allergie était une pathologie qui débutait chez le jeune enfant et que si l'enfant n'avait pas présenté d'allergie avant l'âge de 7 ans, il ne serait vraisemblablement jamais allergique. Les tempéraments allergiques, atopiques étaient dépistés habituellement quelques mois après la naissance. Chemin faisant au fil de ma carrière, j'ai rencontré de plus en plus de patients devenir subitement allergiques à 40, 50 ans.

Les interconnexions entre médecine environnementale et allergologie sont nombreuses :

Avec la crise pétrolière des années 70, les maisons sont devenues étanches, plus chaudes, moins aérées,

### **Encadré 2**

## **POUR UNE MÉDECINE PLUS RICHE**

*Même la phytothérapie n'existe pas en médecine officielle française. La profession d'herboriste a été supprimée sous Vichy, au même moment que la mise en place du conseil de l'ordre des médecins crée un Ordre des médecins comprenant le Conseil supérieur de la médecine. Si on ne peut que se féliciter de la réglementation de l'accès à la profession de médecin, cette scission a eu pour effet en même temps de priver le médecin d'outils efficaces qu'ils auraient pu utiliser à bon escient.*

*Des cours de phytothérapie, d'ostéopathie, de massage thérapeutique devraient être inclus dans les études de médecine, dès le stade de la formation initiale afin de rendre apte tout médecin à pouvoir utiliser ces outils-là face pour les patients qui pourraient en bénéficier.*

*Le plus fondamental de ces outils est pour moi la médecine traditionnelle chinoise. En Chine, elle est très largement enseignée et incluse dans le soin. Elle continue à se développer, à tel point que les chinois réfutent maintenant le terme de « traditionnelle » mais souhaitent que l'on parle uniquement de médecine chinoise. Les grandes villes universitaires chinoises comportent deux CHU, l'un en médecine occidentale et l'un en médecine chinoise. Les*

*étudiants en médecine choisissent où ils souhaitent s'inscrire initialement mais dans tous les cas sont exigées 3 années de formation à l'autre outil, au cours de leurs études. La posture chinoise est très pragmatique et c'est ainsi qu'au CHU de Pékin, grand hôpital très à la pointe avec les IRM, scanner..., les patients bénéficient à la fois de soins à l'occidentale, d'acupuncture et peuvent avoir sur leur table un thermos de phytothérapie.*

*Mon épouse elle aussi médecin formée à ces techniques et moi-même avons participé à la traduction en 2022 de la Nomenclature normative internationale sino-française des expressions et termes fondamentaux de la Médecine Chinoise*

*Il est d'autant plus dommage qu'avec la prise en main de ces outils par des personnes sans diplômes d'études médicales on voit en France de plus en plus de dérives et de débordements avec des gens non formés et non compétents en médecine qui prétendent pratiquer des « médecines alternatives » sous des dénominations telles que naturopathes, ostéopathes non médecins ou pseudo herboristes... Ajoutons à cela le libre achat ou prescription par des non médecins des huiles essentielles, produits souvent éminemment toxiques et que n'importe qui peut utiliser.*

*Ceci conduit trop souvent à une mise en danger des patients comme dans l'affaire relatée par le journal Le Monde du 14 janvier. ([https://www.lemonde.fr/societe/article/2023/01/13/un-naturopathe-promoteur-du-jeune-mis-en-examen-pour-homicide-involontaire\\_6157797\\_3224.html](https://www.lemonde.fr/societe/article/2023/01/13/un-naturopathe-promoteur-du-jeune-mis-en-examen-pour-homicide-involontaire_6157797_3224.html))*

entraînant la concentration d'éléments allergisants dans l'air, on a ainsi vu flamber les allergies aux acariens.

A l'extérieur, on rapporte évidemment l'augmentation des allergies polliniques à des périodes de pollinisation plus étendues sur l'année avec le réchauffement climatique. Mais un autre facteur intéressant est l'interaction pollens-polluants : les pollens qui se chargent de microparticules PM10 et PM2.5, PM1 forment des adduits, nouveaux composés qui vont aggraver la susceptibilité allergénique des patients en stimulant le système immunitaire.

L'alimentation est elle aussi responsable, en particulier par le biais des produits chimiques ajoutés dans l'alimentation industrielle.

En parallèle de cela, une grande partie des perturbateurs endocriniens sont en réalité des perturbateurs de tous les autres systèmes de communication cellulaire de l'organisme donc des perturbateurs nerveux et du système immunitaire (interleukines). Cela rend plus fragiles les personnes qui avancent en âge. D'où le développement tardif, 40,50,60 ans d'asthme, d'allergies, de pathologies immuno-inflammatoires chez des personnes qui n'en n'avaient jamais présenté avant.

Un autre élément moteur du système immunitaire est notre microbiote colique, qui est perturbé par les xénobiotiques présents dans nos aliments... Des perturbations de notre microbiote entraîneront ipso facto des perturbations immunitaires.

## **EN CONCLUSION : - CHANGER DE PARADIGME ET SECOUER LES CONSCIENCES POUR PASSER A LA MEDECINE DU 21<sup>ème</sup> SIECLE**

Tyndall dès 1865 avait annoncé que l'augmentation de la concentration en CO<sub>2</sub> allait aggraver le réchauffement de la planète : cela a commencé là.

Les différentes réunions du GIEC (Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat) allaient tous dans le même sens. Et nous savons que le réchauffement climatique va aggraver la qualité de l'air et de l'eau. Cela aura un impact sur les pathologies non seulement médicales mais aussi sociétales, avec des guerres intestines pour les ressources et in fine des migrations forcées.

**La situation est dramatique si nous continuons de faire semblant.** Prenons les cancers dont l'incidence ne cesse d'augmenter. Nous en avons maintenant 380 000 nouveaux cas annuels en France et 180 000 décès annuels par cancer. Et plus on va attendre, plus dure sera la chute.

Si on prend les bonnes mesures on peut encore s'en sortir. Seulement il nous faut tous nous y accrocher et vite, non seulement le corps médical mais aussi la population dans son ensemble.

Nous autres, médecins libéraux devons cesser de rester dans notre petit coin à défendre uniquement nos intérêts catégoriels. Il est temps de nous rassembler et faire du lobbying pour réclamer avec force un environnement sain.

Nous devons exiger que la toxicologie réglementaire soit revue de fond en comble et qu'elle devienne apte à nous protéger avec des normes réellement protectrices pour la santé et de l'environnement.

En fait, il faut changer de paradigme.

La limite de la pensée médicale actuelle est due au fait qu'elle est basée en grande partie sur la vision pasteurienne de la maladie... et sur le soin ! Cela est en relation avec une vision réductionniste du vivant. Ni la vie, ni les pathologies ne peuvent être pensées de façon binaire ou linéaire...

Un agent causal mis en relation avec une pathologie bien déterminée, cela est simple pour les pathologies bactériennes, virales, parasitaires. Concernant par exemple les produits chimiques, plusieurs xénobiotiques peuvent provoquer plusieurs symptômes, syndromes ou pathologies...

Ce qui force le déni, car nous sommes toujours à la recherche d'un lien de causalité direct et exclusif. Nous ne sommes pas habitués à penser le « complexe ».

Car la santé est au carrefour des agents physiques, chimiques, géologiques, biologiques, socio-comportementaux présents dans les milieux de vie.

**Le 20<sup>ème</sup> siècle a été le siècle de « l'hygiène pasteurienne »,  
Le 21<sup>ème</sup> siècle doit devenir le siècle de « l'hygiène chimique » !**



# L'Alpha tryptasémie héréditaire : mise au point

Dr Amandine Vial Dupuy

➤ **Le dosage de la tryptase est un outil bien connu des allergologues. Il est prescrit soit à la phase aigüe d'une réaction anaphylactique pour documenter une cinétique évocatrice de dégranulation mastocytaire, soit en situation basale pour rechercher une mastocytose. Lors du dosage de la tryptase basale, la limite supérieure de la normale communément admise était de 11,4 µg/L. Récemment, le laboratoire ThermoFischer a revu à la baisse sa borne supérieure.**

Désormais, une tryptase basale supérieure à 8,4 µg/L doit être considérée comme anormale. Or, il nous est tous arrivé de recevoir un résultat de tryptase basale aux alentours de 10-15 µg/L, chez des patients sans signes évocateurs de mastocytose, mais avec des antécédents de manifestations allergiques (urticaire, réactions aux venins ou à certains aliments/médicaments). Jusqu'à maintenant ce type de résultat nous laissait perplexes... Et bien depuis 2016, nous avons une explication ! Il s'agit probablement d'une alpha tryptasémie héréditaire : alors, parlons-en...

## GÉNÉTIQUE

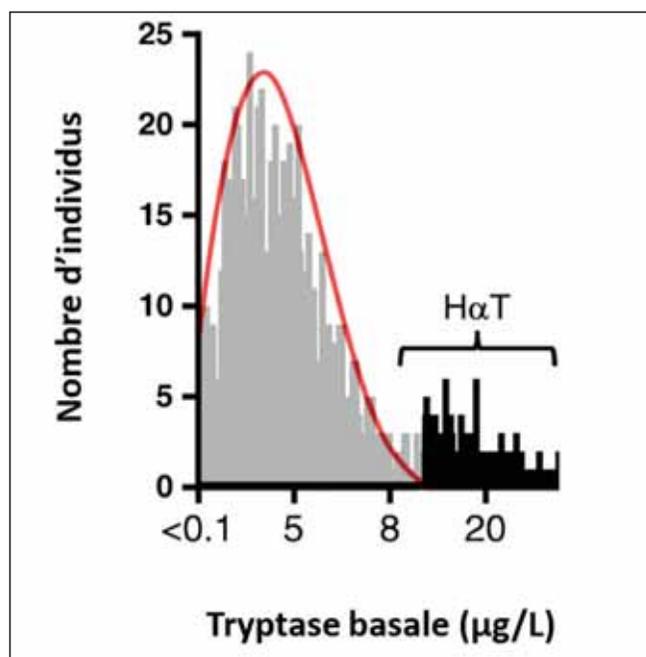
L'alpha tryptasémie héréditaire est une caractéristique génétique autosomique dominante, correspondant à l'augmentation du nombre de copie du gène TPSAB1 qui code l'alpha tryptase. **L'α-tryptasémie héréditaire est caractérisée par une tryptasémie basale élevée (figure 1 et 2), supérieur à 8 µg/L**, et pouvant aller jusqu'à 62 µg/L (selon le génotype), sans qu'il y ait pour autant de désordre mastocytaire sous-jacent<sup>(2,3)</sup>. Le diagnostic repose sur une analyse génétique du gène TPSAB1, qui va déterminer le nombre de copie supplémentaire du gène codant l'alpha tryptase (génotype 0 = absence d'α-tryptasémie héréditaire, génotype 1 à 10 = présence d'α-tryptasémie héréditaire). Plus le nombre de copies du gène est élevé, plus la tryptasémie basale est augmentée<sup>(2)</sup>.

## PRÉSENTATION CLINIQUE

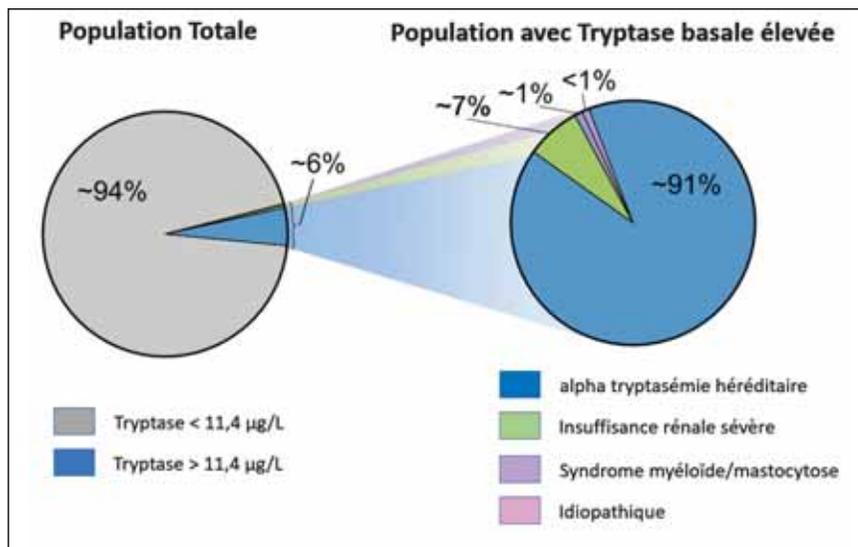
Cette caractéristique génétique présente dans 4 à 6 % de la population générale, augmente le risque de survenue d'une mastocytose clonale ; mais elle n'est pas pour autant synonyme de maladie, ni de désordre

mastocytaire. Certains auteurs estiment d'ailleurs qu'il n'y a pas de différence clinique entre les patients avec ou sans α-tryptasémie héréditaire, en dehors de la tryptasémie basale<sup>(4)</sup>. D'autres lui attribuent plusieurs manifestations cliniques : ainsi, Lyons et col. décrivent dans une cohorte d'adultes américains avec une α-tryptasémie héréditaire, qu'un tiers des individus est asymptomatique, un tiers présente des symptômes légers à modérés, et un tiers des manifestations multiples persistantes<sup>(3)</sup>. Parmi les manifestations les plus fréquemment décrites, on retient le syndrome du

Figure 1 : répartition du taux basal de la tryptasémie en population générale<sup>(4)</sup>.  
HαT=alpha tryptasémie héréditaire



**Figure 2 : Prévalence estimée de la tryptasémie basale élevée et ses étiologies dans des populations occidentales <sup>(2)</sup>**



côlon irritable, les troubles gastriques et les symptômes cutanés de type flush et prurit. Les urticaires et angioœdèmes sont aussi décrits mais moins fréquemment. D'autres manifestations ont été rapportées (anaphylaxie idiopathique, dysautonomie, intolérance alimentaire, fatigue chronique, hyperlaxité ligamentaire, retard de maturation dentaire), mais des études sont en cours pour le confirmer..

Il est important de noter qu'une autre caractéristique particulièrement rapportée dans la littérature comme associée à l' $\alpha$ -tryptasémie héréditaire, est la survenue de réactions anaphylactiques IgE dépendantes sévères, en particulier aux venins d'hyménoptères. Plusieurs études ont montré qu'une tryptasémie basale élevée, augmente le risque de forme sévère d'anaphylaxie

### LES QUESTIONS SANS RÉPONSES :

*Par quel mécanisme physiopathologique l' $\alpha$ -tryptasémie héréditaire augmente-elle le risque de mastocytose clonale ou d'anaphylaxie sévère ?*

*Quel pourcentage de patient étiqueté « SAMA » présente en réalité une alpha-tryptasémie héréditaire ?*

*Faut-il demander un dosage de la tryptase devant des troubles digestifs inexpliqués type « syndrome du colon irritable » ?*

*Faut-il prolonger l'immunothérapie au-delà de 5 ans, comme pour les mastocytoses, chez les patients allergiques aux venins, avec alpha tryptasémie héréditaire ? ou simplement avec tryptase basale supérieure à 8 µg/L ?*

aux allergènes alimentaires, médicamenteux ou aux venins. Cette association entre tryptase basale élevée et anaphylaxie sévère pourrait être expliquée par l'existence de l' $\alpha$ -tryptasémie héréditaire, mais il manque encore des études génétiques pour le confirmer. De plus, 15 % des patients avec un antécédent d'anaphylaxie idiopathique et l'absence de mastocytose sous-jacente présentent un taux élevé de tryptasémie basale. Encore une fois, l' $\alpha$ -tryptasémie héréditaire pourrait être une explication. Il en est de même pour les patients avec syndrome d'activation mastocytaire sans mastocytose clonale. Il va donc falloir songer à génotyper nos patients... Mais où et comment ?

### DIAGNOSTIQUE GÉNÉTIQUE

C'est là que les choses se compliquent légèrement : actuellement en France, un seul centre effectue cette recherche. Il s'agit du service de biologie moléculaire Immuno-allergologie de l'hôpital Saint Antoine à Paris. Le formulaire de demande et de consentement est disponible en ligne (rechercher « *alpha tryptasemie saint antoine* » dans un moteur de recherche) et le médecin référent est le Dr Chantran ([yannick.chantran@aphp.fr](mailto:yannick.chantran@aphp.fr)). Il s'agit d'un prélèvement sanguin, sur tube EDTA, à transporter à température ambiante. Le coût de l'analyse génétique est pris en charge par la sécurité sociale si le patient est assuré (code NABM 4082 : B500). Le prélèvement doit avoir lieu en laboratoire hospitalier, ou dans un laboratoire privé de ville à condition qu'il existe un circuit d'envoi vers l'hôpital public : il est donc préférable d'en informer au préalable le laboratoire auquel vous adressez le patient. Attention, sur ce même formulaire de demande, vous pouvez aussi cocher « détection et quantification KIT D816V » qui est la recherche de la mutation cKIT de la mastocytose : mais cette dernière analyse coutera 135 euros à votre patient (sauf si le prélèvement est réalisé en HDJ). Vous pouvez aussi vous rapprocher du centre CEREMAST le plus proche de chez vous, afin qu'ils organisent cette analyse.

### TRAITEMENT

En ce qui concerne la prise en charge thérapeutique, elle ne diffère pas de ce que nous avons l'habitude de faire : antihistaminiques à dose minimale efficace en cas de manifestations de dégranulation, trousse d'urgence avec stylo auto-injectable d'adrénaline si antécédent d'anaphylaxie grave et immunothérapie au venin d'hyménoptère en cas d'allergie IgE dépendante confirmée. L'omalizumab peut être discuté, hors AMM, dans les formes particulièrement sévères, et serait efficace sur l'urticaire, le prurit, les douleurs abdominales et les intolérances alimentaires, mais

pas sur les manifestations dysautonomiques et d'hyperlaxité ligamentaire<sup>(9)</sup>.

### CONCLUSION

La découverte récente (2016) du syndrome d'alpha tryptasémie héréditaire vient jeter un éclairage nouveau sur l'interprétation de la tryptasémie basale. La norme biologique a récemment été abaissée à 8,4 µg/L par le laboratoire ThermoFisher, et les conséquences cliniques potentielles d'une tryptasémie supérieure à 8 µg/L doivent être connues des allergologues. Plusieurs questions restent en suspens, mais la généralisation du génotypage des patients présentant des symptômes évocateurs et une tryptasémie basale augmentée, devrait permettre de mieux comprendre ce syndrome dans les années à venir.

### LES POINTS-CLEFS

*L'α-tryptasémie héréditaire touche 4 à 6 % de la population générale, mais n'est pas toujours symptomatique.*

*Elle est caractérisée par une de tryptasémie basale élevée (supérieure à 8 µg/L).*

*Elle augmente le risque de survenue : de mastocytose clonale, de forme d'anaphylaxie grave chez les patients avec allergie IgE médiée en particulier pour les venins d'hyménoptères.*

*Elle doit être recherchée/évoquée devant un tableau clinique évocateur et une tryptase basale >8 µg/L.*

### RÉFÉRENCES

- (1) Paneez Khoury, Jonathan J Lyons. Mast cell activation in the context of elevated basal serum tryptase: genetics and presentations. *Curr Allergy Asthma Rep.* 2019 Nov 27;19(12):55.
- (2) Jonathan J Lyons, Georg Greiner, Gregor Hoermann, Dean D Metcalfe. Incorporating Tryptase Genotyping Into the Workup and Diagnosis of Mast Cell Diseases and Reactions. *Allergy Clin Immunol Pract.* 2022 Aug;10(8):1964-1973.
- (3) Richard Wu, Jonathan J Lyons. Hereditary Alpha-Tryptasemia: a Commonly Inherited Modifier of Anaphylaxis. *Allergy Asthma Rep.* 2021 May 10;21(5):33.
- (4) Madeleine B Chollet, Cem Akin. Hereditary alpha tryptasemia is not associated with specific clinical phenotypes. *J Allergy Clin Immunol.* 2022 Feb;149(2):728-735.e2

## NOS PARTENAIRES



PREUVES • PRÉVENTION • PRÉCISION • PARTICIPATION • PARCOURS

18<sup>e</sup>

Congrès Francophone  
d'Allergologie

Paris  
Palais des Congrès Porte Maillot

25-28 avril 2023

L'ALLERGOLOGIE

À L'HEURE DE LA MÉDECINE 6P

PREUVES • PRÉVENTION • PRÉCISION • PARTICIPATION • PARCOURS

## BULLETIN D'ADHESION 2023

Mme/Mlle  M

**NOM :** ..... **Prénom :** .....

**Adresse professionnelle :** .....

**Code Postal :** ..... **Ville :** .....

**Tél :** ..... **Mobile :** .....

**E-Mail** (pour recevoir les infos du SYFAL) .....

**Année de naissance :** [ ][ ][ ][ ] **Année d'installation (si installé) :** [ ][ ][ ][ ]

**Spécialiste qualifié en Allergologie**  Autre (précisez) : .....

**Allergologue Exclusif non qualifié**

**Secteur d'exercice** 1  2  3

**Mode d'exercice :**  Exercice libéral  Exercice hospitalier ou salarié  Exercice mixte

Médecins de moins de 33 ans

Étudiant (précisez l'année) .....

Retraité actif  Retraité non actif

**Départ retraite prévu dans les 2 ans :** mois [ ][ ] Année [ ][ ][ ][ ]

**Etes-vous adhérent à une Centrale syndicale à titre individuel ?**  oui  non

**Si oui laquelle**

**Possédez-vous une cabine de pléthysmographie ?**  oui  non

Cochez ici si vous ne souhaitez pas que vos coordonnées paraissent dans l'annuaire du site [www.syfal.net](http://www.syfal.net)

J'adhère au **SYFAL** et verse pour l'année **2023** (du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre)

**150 €** cotisation annuelle

**75 €** cotisation retraité(e) non actif

**75 €** médecins de moins de 33 ans

**Gratuit** Internes

- Par carte bancaire en ligne site [www.syfal.net](http://www.syfal.net) « Adhésion »
- Par virement bancaire : IBAN FR76 1027 8373 2400 0113 9860 184 - BIC CMCIFR2A
- Par chèque libellé à l'ordre de « SYFAL »

A adresser, au secrétariat :  
Anne THILLAY- SYFAL  
**30, bd Marchant Duplessis**  
37000 TOURS

Cachet et signature

Les informations recueillies sont nécessaires à votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. En application de l'article 34 de la loi du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant. Si vous souhaitez exercer ce droit, veuillez vous adresser au siège du SYFAL.

**Un justificatif vous sera envoyé par mail à réception de votre règlement**



Santé - Beauté  
Exigez la haute tolérance active



HAUTE TOLÉRANCE

PARIS



**Soin et maquillage pour peaux et yeux  
sensibles, allergiques ou fragilisés**

Recommandés par les allergologues,  
dermatologues, oncologues et ophtalmologistes  
[www.eyecare.fr](http://www.eyecare.fr)

Laboratoires Contapharm - Hameau de Vulaines - 77390 Yèbles  
Tél. +33(0)1 64 25 03 33 - Fax +3(0)1 64 06 37 72 - email: [contapharm@contapharm.com](mailto:contapharm@contapharm.com)

QUAND TOUT SE JOUE DANS  
LA PRÉCISION, LE TRAITEMENT  
S'ADAPTE DÈS LE DÉBUT

NOUVEAU



Orylmyte®

La réponse à vos exigences

L'unique comprimé  
d'immunothérapie allergénique  
aux acariens avec **une**  
**montée de dose**

Disponible pour vos patients

ORYLMYTE est indiqué chez les adolescents (de 12 à 17 ans) et les adultes dans le traitement de la rhinite allergique ou de la rhinoconjonctivite modérée à sévère due aux acariens dont le diagnostic a été établi par une histoire clinique évocatrice et la positivité d'un test de sensibilisation aux acariens de la poussière de maison (prick-test cutané et/ou dosage d'IgE spécifiques). ORYLMYTE 100 IR est destiné uniquement à la période d'augmentation progressive de la dose.<sup>(1)</sup>

**Place dans la stratégie thérapeutique :** ORYLMYTE est un traitement de deuxième intention. En l'absence de comparaison directe, la place d'ORYLMYTE par rapport à ACARIZAX ne peut pas être précisée.<sup>(2)</sup>

**ORYLMYTE 100 IR, comprimé sublingual et ORYLMYTE 300 IR, comprimé sublingual**

**COMPOSITION :** Extraits allergéniques standardisés d'acariens de la poussière de maison : *Dermatophagoides pteronyssinus* et *Dermatophagoides farinae* à parts égales, 100 IR\* ou 300 IR\* par comprimé sublingual.<sup>(1)</sup>

**CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DE DELIVRANCE :** Liste 1. AMM 34009 302 360 2 4 (boîte de 3 cp de 100 IR et 28 cp de 300 IR) - Prix public TTC : 66,18 € - CTJ : 2,21 € - AMM 34009 302 360 0 0 (boîte de 15 cp de 100 IR) - Prix public TTC : 33,30 € - CTJ : Variable en fonction de la posologie prescrite durant la phase d'initiation\*\* - AMM 34009 302 360 1 7 : (boîte de 30 cp de 300 IR) - Prix public TTC : 66,18€ - CTJ : 2,21€ - Remb Séc Soc : 15% - Agréé collect.

Pour une information complète, consultez le Résumé des Caractéristiques du Produit sur le répertoire des spécialités pharmaceutiques en flashant ces QR Codes ou directement sur le site internet : <http://agence-prd.ansm.sante.fr>.

\*IR (Indice de Réactivité)

\*\*A titre indicatif, le cout de traitement journalier est de 2,22€ pour une posologie de 1 cp par jour durant 15 jours

1. Résumé des caractéristiques du produit Orylmyte®

2. HAS, Avis de la Commission de la Transparence Orylmyte® du 29 juin 2022

[www.stallergenesgreer.fr](http://www.stallergenesgreer.fr)

17114503 - 22/01/66833249/PM/005 - Novembre 2022

STALLERGENES  GREER



Orylmyte® 100 IR



Orylmyte® 100 IR  
Orylmyte® 300 IR



Orylmyte® 300 IR