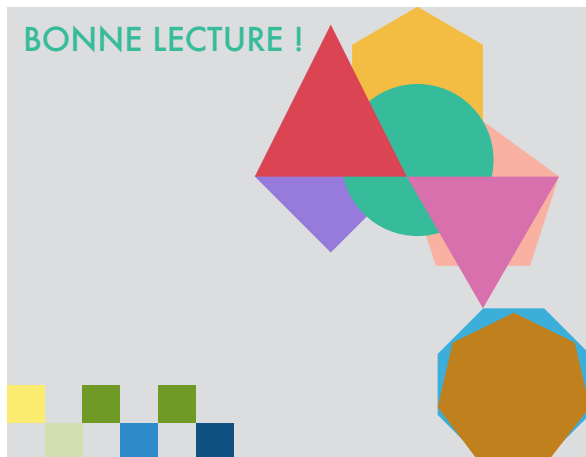


N°137

## BIENVENUE DANS LA NOUVELLE REVUE D'ALLERGOLOGIE PRATIQUE

La revue est maintenant prévue pour la lecture sur vos écrans, au format horizontal (A4). Des zones interactives ont été créées pour ce faire. Les boutons de couleurs à gauche vous permettent d'accéder directement à la partie de la revue que vous souhaitez. Vous pouvez aussi passer d'une page à l'autre en cliquant sur les flèches de bas de page.

BONNE LECTURE !





# SOMMAIRE

Numéro 137 / Allergologie Pratique / Juin 2021  
Revue de l'Association Nationale de FORMATION Continue en Allergologie  
et de la FÉDÉRATION ANAFORCAL INTERNATIONALE



## ÉDITORIAL | P. 3

### UN AIR DE LIBERTÉ...

Docteur Christine DELEBARRE-SAUVAGE

## DOSSIER | P. 4 > 9

### RÔLES DU PSYCHOLOGUE DANS UN SERVICE D'ALLERGOLOGIE

Maité SAUDO, Psychologue clinicienne, Service d'Allergologie, Hôpital Saint Vincent de Lille

+

### LE PROFIL PSYCHOLOGIQUE DU SUJET ALLERGIQUE

Docteur Pierre MARTY

## TEXTE | P. 22 > 23

### CULTIVER L'ESPÉRANCE

Jean-Pol DUMUR

## COMPTES RENDUS | P. 10 > 21

### • HYPERSENSIBILITE aux AINS, Paracétamol, et Antalgiques

Animateur-Organisateur : Isabelle HENRY-DAUBAS (Toulon)

Expert Anaforcail : Florence HACARD (Lyon)

Rapporteur : David LAURAC (Les Abymes)

### • INDUCTION DE TOLERANCE ALIMENTAIRE EN PRATIQUE DE VILLE

Animateur-Orga. : Chafiq MAHRAOUI

Expert Anaforcail : Marion CORNUS

Rapporteur : Oméga RAHARISON

Expert Hospitalier : Dominique SABOURAUD-LECLERC

Assistant-Rapporteur : Lisa IZQUIERDO

### • COMPTE RENDU DE LA RÉUNION COMMUNE DU BUREAU de l'ANAFORCAL Nationale et de la Fédération ANAFORCAL Internationale

Frédérique Louis-Donguy Secrétaire Générale



## INFOS | P. 24

### CONGRÈS / STAGES

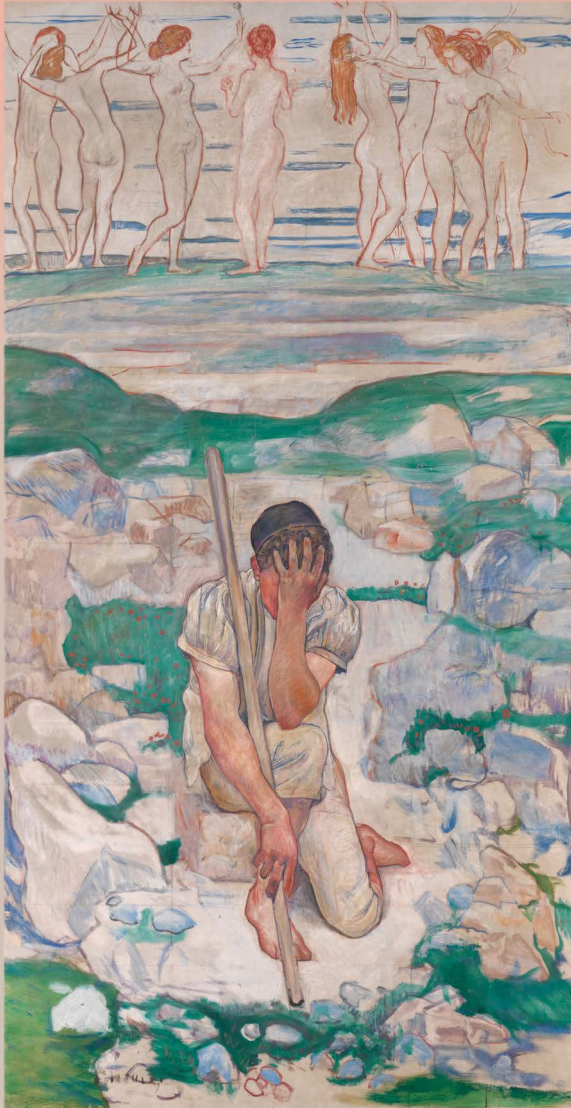
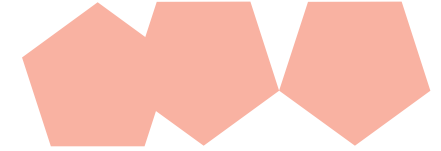
Allergologie Pratique est éditée par la SAS ANAFORCAL Organisation et Développement / Siège social : 20, impasse des Muguets - 69500 - BRON  
Administrateurs : Jean-Pol Dumur, Jean-François Fontaine, Bruno Gidodet et Agnès Cheynel / Directrice de la publication : Christine Delebarre-Sauvage : [Sauvage.Christine@ghicl.net](mailto:Sauvage.Christine@ghicl.net)  
Numéro d'identification au registre du commerce : R.C.S. AIX 793 552 423 / Numéro de gestion 2013 B 1187 / Date d'immatriculation : 10 juin 2013  
Conception Graphique : [www.toinov.net](http://www.toinov.net) / Iconographie : diverses sources dont images libres de droits tirées de *Freepik*

La rédaction d'Allergologie Pratique laisse aux auteurs l'entière responsabilité de leurs opinions.  
La reproduction et la traduction partielle ou intégrale des textes ou illustrations sont soumises à un accord préalable.



# UN AIR DE LIBERTÉ...

Christine DELEBARRE-SAUVAGE



Très cher(e)s collègues et lecteurs(trices),

Voici que semble souffler un vent libérateur sur les terrasses de notre pays, dont je l'espère, vous aurez pu profiter, plus ou moins couverts selon votre région.

La revue de juin 2021 présente en première page un dossier qui me tient particulièrement à cœur : Celui du rôle du psychologue dans un service d'allergologie.

Forte de la constatation qu'un soutien et une aide apportée à nos patients et à l'équipe pédagogique médicale et para médicale serait d'une grande utilité, il a été possible à un service hospitalier d'Allergologie de Lille d'intégrer un(e) psychologue mi temps depuis trois années.

Cette présence au sein du service a permis d'effectuer en trois ans environ 600 entretiens transversaux par an, soit une totalité de 1800 entretiens conjoints médecins - psychologues sur trois années consécutives.

J'ai demandé à M<sup>lle</sup> Maïté SAUDO, psychologue, de réaliser une synthèse de son activité, et de nous faire part, forte de son expérience, de son avis sur le (les)rôle(s) du psychologue dans un service d'Allergologie.

Un cours résumé sur le profil du sujet allergique selon le psychanalyste le Dr Pierre Marty (Ecole de psychosomatique de Paris) vous est également proposé.

Deux CR d'ateliers sur les AINS et ITA en ville corrigés par le Dr Joëlle Birnbaum

Les CR de nos réunions de Mars 2021 de Lyon confiés par le Dr Frédérique Louis

Un texte sensible sur l'espérance de notre collègue le Dr Jean Pol Dumur que je remercie également.

Le pense bête de cet été : Notre rendez vous annuel national lors du week-end botanique de Fort Mahon les 11-12-13 juin 2021 !

À très bientôt.  
Christine Delebarre Sauvage

## \* The Dream of the Shepherd (MET Collections)

Artiste : Ferdinand Hodler (1853-1918) / Medium : Peinture à l'huile sur toile /  
Dim. : 250,2 \* 130,5 cm / Date : 1896



# RÔLES DU PSYCHOLOGUE DANS UN SERVICE D'ALLERGOLOGIE

Maïté SAUDO, Psychologue clinicienne, Service d'Allergologie, Hôpital Saint Vincent de Lille



**Retour d'une expérience de 3 ans avec une estimation de 600 entretiens par an en moyenne, soit sur 1800 entretiens environ.**

## *Spécificités du service d'allergologie :*

Le service d'allergologie propose des prises en charge multidisciplinaires transversales, regroupant différents intervenants :

- ◆ Des Médecins spécialistes de la pathologie concernée : Allergologue, Dermatologue, Pneumologue, Gastro-entérologue, Pédiatre.
- ◆ Une Diététicienne nutritionniste
- ◆ Une Psychologue

Ces prises en charge concernent les bébés, enfants, adolescents, adultes et personnes âgées. Les âges sont donc variés chaque jour d'hospitalisation.

Les patients viennent une journée en hôpital de jour. Certains d'entre eux reviennent plusieurs fois à 6 mois d'intervalle dans le cadre de leur prise en charge. Certains reviennent plus rapidement, d'autres ne reviendront pas. Cette situation ne permet pas de mettre en place un suivi psychothérapeutique sur les temps d'hospitalisation. Le psychologue peut offrir un soutien ponctuel et une aide à la compréhension de la situation personnelle du patient, une prévention des troubles, un éclairage sur la dynamique familiale. Il appréhende le vécu du patient et sa famille concernant son/ses allergies et les difficultés associées. En cas de réaction grave dans l'histoire du patient, il semble important d'évaluer le stress post traumatique qui peut parfois en découler (chez l'enfant ou ses parents).

Chaque matinée commence par l'entretien avec le médecin qui rencontre le patient et fait le point sur les objectifs de l'hospitalisation. Les infirmières prennent ensuite le

relais en respectant un timing précis permettant le bon déroulement des soins. Chaque patient est ainsi régulièrement vu par l'infirmière pour prendre ses constantes, évaluer son souffle, ou réaliser des prick-tests ou donner une dose d'allergène, selon son histoire. Le psychologue doit s'adapter à ce fonctionnement médical et s'articuler avec les infirmières pour rencontrer les patients à un moment pertinent (où il pourra bénéficier d'un temps acceptable pour respecter le patient tout en tenant compte du prochain passage IDE). Les IDE sont sensibilisées à la confidentialité que demande un entretien psychologique et s'ajustent également lorsque cela est possible pour ne pas interrompre un entretien psychologique.

Les retours faits aux médecins permettent un éclairage concernant l'adhésion aux soins, les difficultés rencontrées pour le patient et sa famille qui entravent la progression de l'induction de tolérance (ITO), le contexte global de vie de l'enfant qui peut impacter sa motivation, sa disponibilité et expliquer des difficultés dans la prise en charge. Pour les allergies médicamenteuses, peu de patients sont en demande d'entretien psychologique. Les personnes susceptibles de le demander sont celles qui ont eu des réactions graves (choc anaphylactique, œdème de Quincke...). Généralement, le médecin qui rencontre le patient perçoit ses fragilités et peut à ce moment proposer le passage du psychologue. Le fait d'annoncer la possibilité de le rencontrer permet au patient de se préparer à cette rencontre et de faire émerger une demande. Cela facilite la rencontre patient-psychologue et permet également de distinguer les patients pour lesquels cette rencontre a du sens. Le psychologue n'intervient pas en urgence mais dans un deuxième temps pour essayer de comprendre et lever les blocages qui peuvent faire obstacle à la réintroduction ou à la progression du protocole d'ITO par exemple.

De nombreux bébés viennent en HDJ pour une allergie au lait de vache, cela impacte beaucoup leurs parents et il semble important d'évaluer les signes de dépression du post-partum chez les mères. De même, cette allergie peut s'accompagner de trou-





# RÔLES DU PSYCHOLOGUE DANS UN SERVICE D'ALLERGOLOGIE

Maïté SAUDO, Psychologue clinicienne, Service d'Allergologie, Hôpital Saint Vincent de Lille



bles de l'oralité chez l'enfant. Il convient alors de proposer une prise en charge adaptée pour soulager l'enfant et ses parents. Parfois, il arrive que certaines mères se retrouvent en difficulté pour arrêter l'allaitement et réintroduire le lait de vache alors que l'enfant est prêt pour cela. Ces situations complexes nécessitent bien souvent, une prise en charge en lien avec l'équipe de pédopsychiatrie.

Les adolescents sont une population à risque de réactions graves. Ils ont souvent tendance à se décourager ou se démotiver pour la prise de leur protocole et veulent parfois arrêter la prise en charge. Ils peuvent également se mettre davantage en danger en lien avec l'identification à leur groupe de pairs, la difficulté à prendre soin d'eux, le rejet de l'autorité parentale...

Pour certains patients, il est difficile de réintroduire des aliments pour lesquels ils ont été en éviction une grande partie de leur vie. L'allergène a été associé à un danger et tout un conditionnement psychique s'est construit autour de cela. L'annonce de la levée de l'éviction alimentaire peut être déstabilisante pour les patients, enfants comme adultes, qui peuvent avoir trouvé des bénéfices secondaires aux allergies (statut particulier, attention portée sur eux, alimentation sélective...).

Beaucoup de parents expriment des difficultés concernant la restauration en milieu scolaire pour leur enfant. Les écoles ne sont pas toujours sensibilisées sur la question des allergies alimentaires ce qui amène des positionnements variables d'une école à l'autre. Certains enfants se retrouvent isolés ou en panier repas alors que leurs allergies ne le nécessitent pas. Il semble y avoir un dilemme entre des questions de responsabilité et d'inclusion des enfants allergiques. Les parents se sentent livrés à eux-mêmes et vivent parfois difficilement le fait que leur enfant ne bénéficie pas des « mêmes traitements » que les autres. L'équipe soignante soutient les familles dans l'élaboration de compromis avec l'école qui favorisent l'inclusion des enfants dans des conditions sécuritaires.

Une situation plus rare est le syndrome de Münchhausen par procuration. Il arrive que certains parents participent (de façon plus ou moins consciente) à l'entretien des allergies de leur enfant. Les mères notamment, peuvent trouver une identité via leur enfant « malade » qui nécessite des soins. L'enfant devient symptôme de difficultés psychiatriques chez ses parents. Cette situation est difficile à repérer et nécessite une réflexion d'équipe et un accompagnement pédopsychiatrique.



## Points clefs :

- ◆ Etre disponible et à l'écoute des patients et leur famille concernant leur vécu de(s) l'allergie(s) et l'impact sur leur qualité de vie
- ◆ Aider à la réflexion d'équipe concernant le rapport du patient à son allergie, son protocole, à ses capacités d'adaptation
- ◆ Prévention concernant les risques de dépression du post-partum, de pathologies chez les patients ou de problématique familiale
- ◆ Regard global qui permet une compréhension du/des symptômes dans un environnement et un contexte donné.
- ◆ Orientation vers des professionnels libéraux, CMP lorsque cela est pertinent/ Coordination et lien avec les différents services et professionnels de l'hôpital (service de pédopsychiatrie, service social, équipe de pédiatrie de liaison, équipe de la douleur...)
- ◆ L'importance du travail en équipe qui permet : de croiser les différents regards pluridisciplinaires pour mieux appréhender les patients et de repérer les situations fragiles et à risques pour préparer la rencontre avec le psychologue.

Concernant les activités parallèles, il semble pertinent de rencontrer les patients de façon systématique pour les problématiques de Syndrome de l'Intestin Irritable, urticaire chronique, Eczéma professionnel des mains. Les patients souffrant d'asthme et de dermatite atopique sont globalement moins en demande de consultation psychologique mais cela reste du cas par cas.



# RÔLES DU PSYCHOLOGUE DANS UN SERVICE D'ALLERGOLOGIE

Maïté SAUDO, Psychologue clinicienne, Service d'Allergologie, Hôpital Saint Vincent de Lille



## *Urticaire chronique*

Sont présents lors de cette prise en charge dédiée un médecin Allergologue, Dermatologue, et un Psychologue. Cette pathologie est encore assez méconnue bien qu'elle concerne une grande partie de nos patients.

Les profils sont très variés. Cependant, on observe qu'une majorité de patients intériorise leurs ressentis et émotions.

D'emblée, ils séparent souvent l'urticaire de leur état psychologique. Le médecin puis la psychologue peuvent les amener à réfléchir aux liens corps-esprit.

La peau prend parfois un rôle de porte-parole de la souffrance intérieure qui ne parvient pas à être mise en mots. La peau, interface entre soi et l'Autre, peut impacter les relations sociales. Certaines personnes s'isolent, ne vont pas travailler selon l'état de leur peau par exemple. Cela génère de l'anxiété.

L'urticaire chronique peut parfois être déclenchée ou accentuée par des facteurs de stress : cela se retrouve fréquemment quel que soit l'âge des patients.

L'urticaire chronique augmente les tensions, le stress et impacte l'humeur notamment à cause du prurit, des transformations physiques... cela isole les personnes et renforce le sentiment de tristesse, d'impuissance, l'irritabilité. Et inversement, le stress et la gestion des émotions a un effet sur le corps... tout est étroitement lié. Ces personnes semblent à risque de troubles anxio-dépressifs.

Ainsi, la prise en charge proposée actuellement dans le service comprend notamment une consultation psychologique. Cette consultation s'organise sur 2 axes :

- ♦ L'impact sur la qualité de vie
- ♦ Le sens lié à cette urticaire

Les patients ont toujours bien accepté cette consultation, d'autant qu'elle leur a été annoncée par le médecin en début de matinée ce qui les amène à s'y préparer.

Elle semble nécessaire dans la compréhension des troubles comme dans la prise en charge à proposer selon la souffrance du patient.

## *Syndrome de l'Intestin Irritable (SII)*

Dans le service, nous proposons une journée pour les personnes souffrant de SII. Lors de celle-ci, les patients rencontrent de façon systématique le médecin Allergologue, Gastro entérologue l'infirmière, la diététicienne et la psychologue.

Ces regards croisés permettent de comprendre la part médicale, alimentaire et psychologique dans les troubles. Les 3 dimensions sont généralement intriquées. Les patients arrivent souvent avec des croyances ou convictions d'être allergique ou intolérant à certains aliments. Ces convictions sont confrontées à un bilan organique comprenant des tests cutanés, un Breath test, des prélèvements biologiques et examens complémentaires gastro entérologiques. Elles seront alors le plus souvent infirmées sauf dans quelques cas où le diagnostic étiologique peut être scientifiquement posé et une prise en charge adaptée proposée. Il n'est pas toujours facile de déconstruire des croyances anciennes pour certains patients.



La consultation psychologique apporte un éclairage sur la compréhension du/des symptôme(s) au regard de leur situation familiale, professionnelle, personnelle. Elle apparaît nécessaire pour appréhender la personne dans sa globalité et pour proposer une prise en charge adaptée.

Bien souvent, on retrouve des personnes qui somatisent depuis le plus jeune âge (douleurs chroniques, maux de ventre...), qui intériorisent leurs émotions et ressentis. Il y a souvent une part d'anxiété initiale et les troubles augmentent également l'anxiété.

On observe que ces patients sont souvent perdus sur le plan diagnostique. Ils tentent fréquemment des évictions de multiples aliments avec plus ou moins de résultats. Les



# RÔLES DU PSYCHOLOGUE DANS UN SERVICE D'ALLERGOLOGIE

Maïté SAUDO, Psychologue clinicienne, Service d'Allergologie, Hôpital Saint Vincent de Lille



symptômes viennent focaliser l'attention des patients et impactent la qualité de vie de façon plus ou moins grave. Ces personnes semblent à risque de troubles anxio-dépressifs. La question de contrôle du corps via l'alimentation peut être une piste de réflexion. Là où le corps échappe au contrôle par ses symptômes, il vient parfois exprimer d'autres maux (qui peuvent être psychiques). De même l'alimentation peut être abordée d'un point de vue relationnel. Il est intéressant de questionner les relations familiales car on retrouve fréquemment des liens familiaux qui s'accompagnent d'une grande souffrance. Comme pour l'urticaire chronique, la consultation psychologique semble nécessaire dans la compréhension des troubles comme dans la prise en charge à proposer selon la souffrance du patient.



## *Asthme*

La prise en charge est transversale pluridisciplinaire.

Parfois les crises d'asthme s'accompagnent de peur chez le patient ou l'entourage. Les enfants peuvent ressentir une frustration et une mise à l'écart : ne pas pouvoir faire de sport comme les autres, ne pas pouvoir aller chez des amis ou de la famille qui ont des animaux (chats, chiens), ressentir des angoisses de mort... être régulièrement hospitalisé... les parents s'adaptent de différentes façons à cela et peuvent être plus ou moins anxieux face à cela.

À contrario l'anxiété et le stress sont connus comme facteur déclenchant des crises. L'école de l'asthme proposée par le service se fait sur plusieurs demi-journées, cela permet de faire émerger une demande de consultation psychologique parfois dans un second temps.

## *Dermatite atopique*

La peau devient le lieu de l'attention, elle fait souffrir de façon plus ou moins intense les personnes atteintes de dermatite ou eczéma car elle s'accompagne de prurit, tensions, douleurs... Parfois, la peau abîmée peut faire obstacle aux gestes affectueux (entre une mère et son bébé par exemple)... cela peut générer un sentiment de désarroi et d'impuissance des parents face à la souffrance de leur enfant. Ainsi, les familles sont très en demande de réponses médicales lorsqu'elles viennent en consultation. Une demande de consultation psychologique peut émerger dans un second temps.

La peau représente l'interface entre l'intérieur et l'extérieur. Les affections de la peau peuvent impacter l'image de soi, les relations sociales, le rapport à son corps... Parfois, l'eczéma peut se retrouver chez plusieurs personnes d'une même famille et peut être banalisé, vécu comme une identité familiale. Dans d'autres cas, les parents souffrant ou ayant souffert d'eczéma pourront se sentir très culpabilisés « d'avoir transmis » cela à leur enfant.

## *Eczéma professionnel des mains*

Cet eczéma se retrouve fréquemment chez des personnes qui sollicitent beaucoup leurs mains dans leur profession (cuisinier, entretien des locaux, travail dans le bâtiment...) L'impact sur le travail est important et amène parfois à une ré-orientation professionnelle plus ou moins bien vécue.

On peut également retrouver dans le parcours de vie des patients, des facteurs de stress qui exacerbent l'eczéma. La consultation psychologique est souvent bien acceptée par les patients et permet d'évaluer le niveau de stress, les stratégies d'adaptation et l'impact sur la qualité de vie. La consultation peut amener à une proposition de suivi psychothérapeutique lorsque cela est pertinent.





# LE PROFIL PSYCHOLOGIQUE DU SUJET ALLERGIQUE

Docteur Pierre MARTY



Dans les années 1950 certains psychiatres et psychanalystes dont le Dr Pierre Marty, se sont intéressés de près à la psychosomatique, participant à l'émergence de cette nouvelle Ecole Parisienne.

Le lien entre les troubles psychiques et la transformation de ceux-ci par la somatisation en maladie physique a été étudié avec plus d'intérêt. Le Dr Marty semble avoir concentré ses recherches plus en détail sur le profil psychologique des patients dits « allergiques ». A l'époque l'allergie était considérée au sens large du terme, englobant des entités aujourd'hui reconnues comme non allergiques comme l'urticaire, la dermatite atopique dans sa forme première, mais aussi certaines intolérances alimentaires...

Ce médecin aurait mis en avant l'éventualité, chez certains de ces patients de « *profil allergique* » une modification et donc altération de la relation objectale.

Pour rappel schématique : la relation objectale est le nom donné à la relation à l'autre, considéré comme objet en opposition au sujet : le « *je* ».

Les trois stades de formation étant très schématiquement répartis comme suit :

- ♦ 1 - le stade Oral dans lequel prédomine le Système Nerveux Parasymphatique dit autonome au cours duquel il semble exister une fusion entre le système humoral et le système émotionnel.
- ♦ 2 - le stade Anal dans lequel prédomine le Système Nerveux Sympathique (moteur) avec installation de la motricité externe et un certain refoulement du système humoral (centre émotionnel).
- ♦ 3 - le stade Génital au cours duquel semblent se reconnecter les deux systèmes nerveux sympathique moteur et parasymphatique humoral, liant le soma et la psyché.



La mise en place de la relation objectale se situe à la fin du stade anal notamment au moment de l'installation d'une certaine autonomie dans les processus de régulation interne.

D'après Marty la relation objectale des patients présentant des troubles somatiques (et peut être plus particulièrement des patients allergiques) serait modifiée avec pour caractéristique une persistance de la relation fusionnelle du stade Oral au-delà du stade anal, créant une faille à l'origine d'une tendance à un mode relationnel possiblement humoral favorisant des manifestations somatiques en regard comme : les troubles digestifs spastiques ou sécrétoires, la libération de médiateurs pro inflammatoires, la dégranulation mastocytaire, la bronchoconstriction, la vasodilatation...

Malheureusement, à notre connaissance, peu de travaux sont sortis depuis lors sur le sujet.



Enfin, voici quelques mots et références sur le Dr Pierre Marty afin que chacun puisse lire et se renseigner si cela l'intéresse.

Pierre Marty, né à Saint-Céré le 11 mars 1918 et mort à Paris le 14 juin 1993, est un psychiatre et psychanalyste français, principalement connu pour son apport à la psychosomatique.

Membre de la Société psychanalytique de Paris.

Il fait ses études de médecine puis se spécialise en psychiatrie et entreprend une psychanalyse avec Marc Schlumberger en 1947. Il est membre adhérent de la Société psychanalytique de Paris en 1950, membre titulaire en 1952 et choisit de rester dans la société lors de la scission de 1953. En 1969, il en est le vice-président, puis le président en 1969. Il est l'un des proches de Maurice Bouvet et est cofondateur et administrateur, jusqu'en 1992, du prix Maurice Bouvet décerné par la Société psychanalytique de Paris.



# RÔLES DU PSYCHOLOGUE DANS UN SERVICE D'ALLERGOLOGIE

Docteur Pierre MARTY.



Pierre Marty participe à l'émergence, dans les années 1950, de l'École de psychosomatique de Paris, puis fonde, en 1972, avec Michel Fain, l'Institut de psychosomatique de Paris (IPSO), qui prend ultérieurement son nom. Il en est le médecin chef, puis le directeur scientifique.

Il s'est surtout attaché aux rapports des instincts de vie et des instincts de mort chez l'homme, éclairant les « *mécanismes de désorganisations fonctionnelles* » à partir des enseignements de la psychanalyse et de ses observations médicales hospitalières. Il a également été le premier à utiliser le terme de « *mentalisation* » pour parler du travail d'élaboration psychique, au début des années 1970. Selon lui, la mentalisation s'intéresse à des dimensions de l'appareil mental.

#### Publications :

1. Les Mouvements individuels de vie et de mort, Payot, 1998, (ISBN 2228891827)
2. L'Ordre psychosomatique, Paris, Payot, 1980, (ISBN 2-228-89181-9)
3. (coll.) L'Investigation psychosomatique, avec Michel de M'Uzan et Christian David, Paris, Puf, coll. « Quadrige », 2003 (ISBN 213053337X)
4. La Psychosomatique de l'adulte, Paris, Puf, coll. « Que sais-je ? » ; 6e édition 2004, (ISBN 2130547354)

#### Notes et références :

1. Emmanuelle Chervet, « Le prix Maurice Bouvet a 50 ans » [archive], Société psychanalytique de Paris (consulté le 23 octobre 2017).
2. Claude Smadja, « Présentation de la psychosomatique », site de la Société psychanalytique de Paris, 12 février 2012 [lire en ligne [archive]]
3. IPSO Marty, Paris, « Ipsos-Marty.org Institut de psychosomatique Pierre Marty | IPSO Paris » [archive], sur ipso-marty.org (consulté le 11 juin 2018)
4. Rosine Debray, « Marty, Pierre », in Alain de Mijolla (dir.), Dictionnaire international de la psychanalyse, cf. bibliographie.
5. Pierre Marty, Mentalisation et psychosomatique, Paris, Delagrangue, 1991.

#### Voir aussi bibliographie

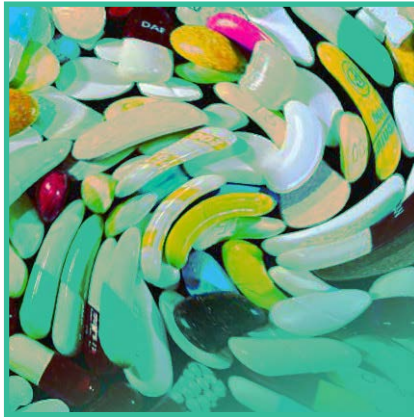
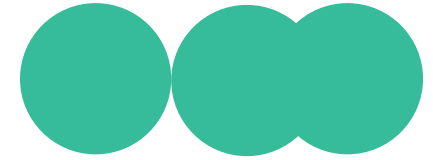
Rosine Debray : Pierre Marty, Paris, Puf, coll. « Psychanalystes », 1998 (ISBN 2130492665)



# HYPERSENSIBILITE aux AINS, Paracétamol, et Antalgiques

Animateur-Organisateur : Isabelle HENRY-DAUBAS (Toulon)  
Rapporteur : David LAURAC (Les Abymes)

Expert Anaforcal : Florence HACARD (Lyon)



## LES OBJECTIFS DE L'ATELIER :

- citer les quatre phénotypes d'hypersensibilité aux AINS (classification de Kowalski),
- classer les AINS selon leur gradient anti cox1/anti cox 2, du plus au moins élevé,
- citer deux situations cliniques justifiant la pratique de tests cutanés,
- citer deux indications de la réalisation d'un test réaliste.

## INTRODUCTION

Les suspicions d'allergies aux AINS ou au paracétamol représentent un motif fréquent de consultation en allergologie, alors que leur prévalence est faible (0,3 à 2% pour les AINS). La classification de Kowalski est d'une aide précieuse au raisonnement. Le test de provocation permet le diagnostic de certitude.

## MATÉRIEL ET MÉTHODES

La technique de l'abaque de Régnier a permis aux participants de se positionner sur six affirmations grâce à un jeu de cartons de trois couleurs (bleu = oui ; vert = non, et jaune = ne sais pas). Les participants seront ensuite invités à

placer sur un tableau les AINS dont le nom commercial aura été inscrit sur un post it, en fonction de leur gradient anti cox1/cox2.

Quatre cas cliniques seront travaillés en petits groupes, avec un rapporteur par groupe, puis deux cas cliniques en plénière. L'atelier sera conclu par le post test et l'évaluation.

## RÉSULTATS

*Les AINS : classification, mode d'action :*

1. les réactions aux AINS sont un motif fréquent de consultation en allergologie médicamenteuse  
En effet, les réactions aux AINS

représentent entre 20 et 25% des réactions aux médicaments, ce qui en fait la seconde cause d'hypersensibilité aux médicaments.

La prévalence de l'hypersensibilité aux AINS est de 0,55% en pédiatrie, et grimpe à 27-35%, en cas d'urticaire chronique.

2. Les réactions d'urticaire ou d'angio œdème aux AINS sont rarement de type allergique

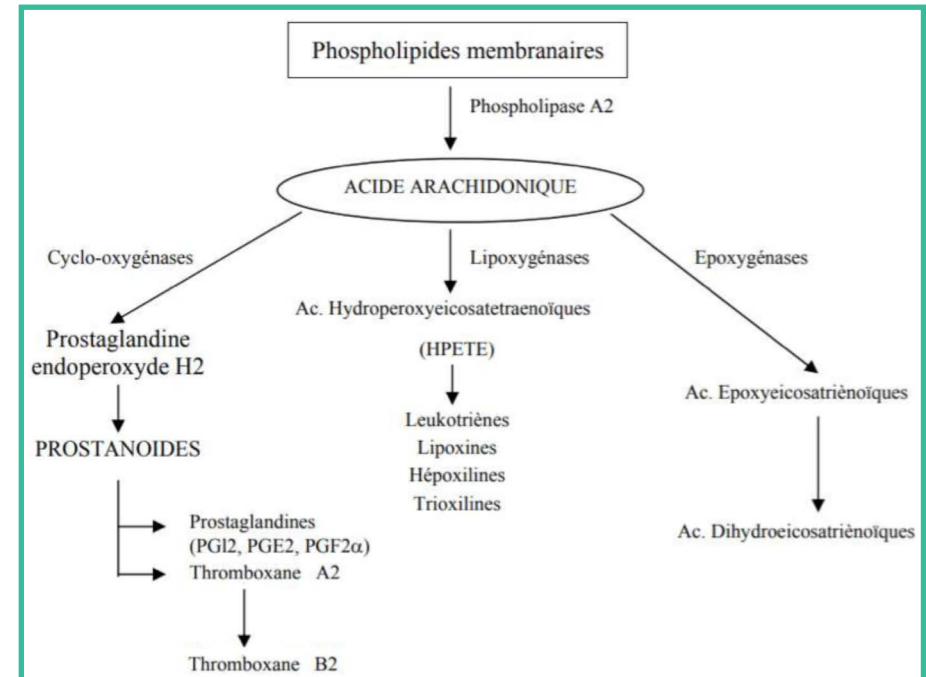
Les réactions immédiates aux AINS

sont habituellement non IgE médiées. Elles sont liées à une action sur les cyclo-oxygénases 1 (cox 1), dont le mécanisme est mal connu. Les pricks-tests cutanés sont ainsi souvent inutiles.

Les réactions retardées, médiées par les lymphocytes T, sont confirmées par les tests épicutanés.

3. Il existe une classification des AINS selon leur sélectivité vis à vis des COX

3.1 - Rappels physiologiques :

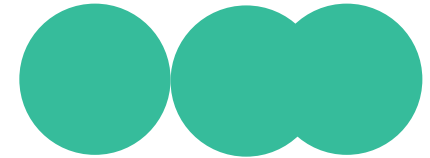




# HYPERSENSIBILITE aux AINS, Paracétamol, et Antalgiques

Animateur-Organisateur : Isabelle HENRY-DAUBAS (Toulon)  
 Rapporteur : David LAURAC (Les Abymes)

Expert Anaforcail : Florence HACARD (Lyon)



Les AINS sont des inhibiteurs des cyclo-oxygénases.

La Cox 1 est constitutionnelle, et se trouve dans les tissus. Elle permet la production de prostaglandines (PG) protectrices, qui interviennent dans le maintien de la fonction rénale, l'agrégation plaquettaire, et l'intégrité de la muqueuse gastrique.

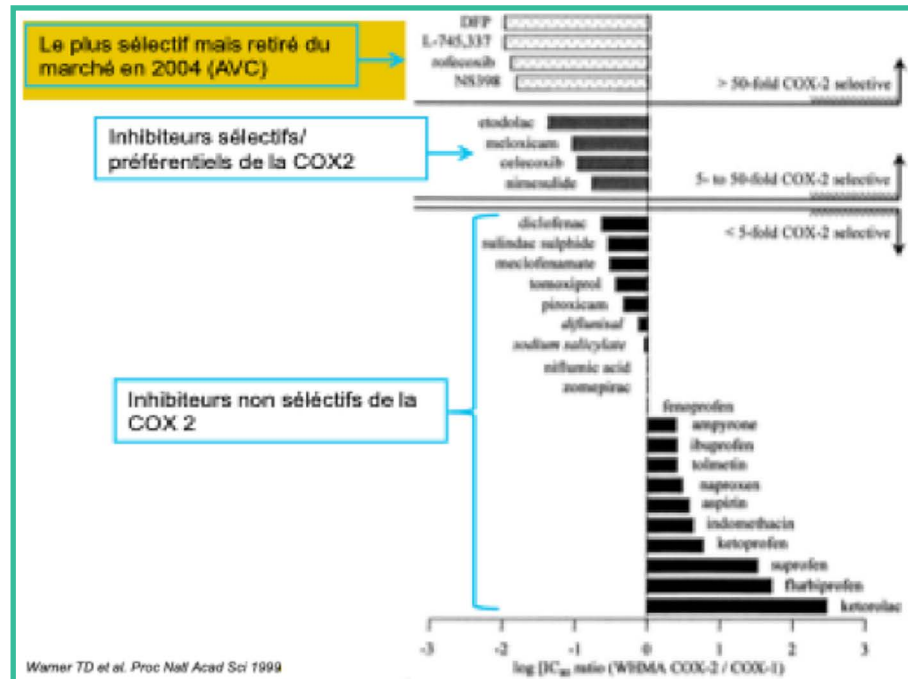
L'inhibition de Cox 1 induit des effets toxiques.

La Cox 2 agit sous l'action de cytokines inflammatoires (TnFa et IL-1), et engen-

dre des PG inflammatoires, délétères. À contrario, l'inhibition de cette Cox induit des effets pharmacologiques (antalgique, analgésique, antipyrétique).



3.2 - Classification des AINS selon leur sélectivité



CLASSIFICATION DES AINS SELON LEUR SÉLECTIVITÉ		
Sélectivité des molécules	Principale famille	DCI (nom commercial*)
Inhibiteurs sélectif de la COX	Salicylés	Acide acétylsalicylique (aspirine*)
Inhibiteurs non sélectifs de la COX	Pyrazolés Indoliques Oxicams	Phénylbutazone (butazolidine*) Indométacine (indocid*) Piroxicam (pirxicam*, brexin*, feldene*)
	Arylcaoxyliques	Acide tiaprofenique (surgam*) Aceclofenac (cartrex*) Ibuprofene (ibuprofene*, nureflex*, advil*) Nabumetone (nabucox*) Flurbiprofene (antodys*, cebutid*) Naproxene (apronax*) Diclofenac (diclofenac*, profenid*, ketum*) Acide niflumique (nifluril*)
Inhibiteurs préférentiels de la COX2	Arylcarboxylique Oxicam	Nimesuline Nabumetone (nabucox*) Meloxicam (meloxicam*, mobic*)
Inhibiteurs sélectifs de la COX2	Coxib	Celecoxib (celebrex*, celecoxib*)

PHÉNOTYPES DES HYPERSENSIBILITÉS AUX AINS	
Syndrome de Fernand Widal " NSAID-exarbadated respiratory disease "	Urticaire chronique exacerbée par les AINS " NSAID-exacerbated cutaneous disease "
Urticaire/AO induit par les AINS " NSAID-induced urticaria/angioedema "	Hypersensibilités immunologiques " Immédiate ou Retardée "

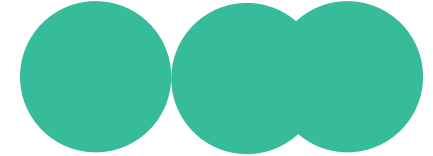
Kowalski et al. Allergy 2013



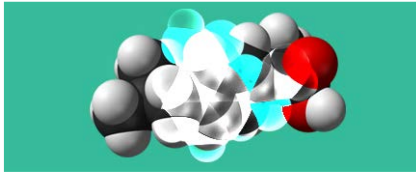
# HYPERSENSIBILITE aux AINS, Paracétamol, et Antalgiques

Animateur-Organisateur : Isabelle HENRY-DAUBAS (Toulon)  
Rapporteur : David LAURAC (Les Abymes)

Expert Anaforcal : Florence HACARD (Lyon)



## CAS CLINIQUES



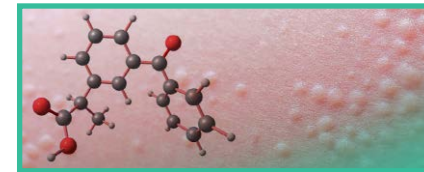
### 1. Urticaire chronique et AINS

Il s'agit d'une patiente de 47 ans, présentant depuis plus de 10 ans, des épisodes d'urticaire généralisée, durant de quelques jours à plusieurs mois. Il n'y a pas d'argument en faveur d'une allergie alimentaire, et les explorations allergologiques sont négatives.

À deux reprises, elle avait pris des AINS, dans un contexte infectieux (Ibuprofène, 72 heures avant éruption, et Aspirine, 24 heures avant); mais, elle tolère le Kétoprofène pris récemment lors d'une migraine, et le Paracétamol. Il s'agit d'un cas typique d'urticaire chronique spontanée exacerbée par les AINS, selon la classification de Kowalski. Le caractère inconstant selon les AINS, et le rôle de co-facteur de l'infection sont à rechercher.

En pratique, il faut rassurer la patiente, lui expliquer l'hypersensibilité non allergique. Les tests allergologiques ne sont pas nécessaires. Il faut éviter les AINS en cas de co-fac-

teur, sinon associer un anti-H1 pris trente minutes avant.



### 2. Urticaire aigue et AINS

Patient de 18 ans, migraineux, non atopique. Ses crises migraineuses mensuelles, sévères, sont traitées par Kétoprofène (Profénid®), le paracétamol étant inefficace.

Il est adressé pour explorer trois épisodes récents d'angio œdème isolé de la paupière droite, survenus trois heures après la prise de 100 mg de Profénid, et régressifs en vingt-quatre heures.

Selon la classification de Kowalski, il s'agit d'un angio-œdème induit par les AINS.

Le mécanisme n'est pas immuno-allergique, et il existerait un lien avec la Cox-1.

Le délai de survenue est long (> 1 heure), de même que la régression (> 24 h). Les réactions sont stéréotypées, et en général, peu sévères.

Les tests cutanés ne sont pas utiles. On peut pratiquer un test de provocation

oral, sous couvert d'un anti H1 pris trente minutes avant.

En pratique, il faut proposer la reprise de l'AINS associée à une prémédication par anti-H1, avant chaque prise.



### 3. AINS et Asthme

Patient de 25 ans, asthmatique (asthme contrôlé sous symbicort® 400), adressé par son pneumologue, car a eu, il y a quelques années, un asthme aigu grave, quelques minutes après la prise de Diclofénac (Voltarène®).

Prend du Paracétamol sans problème, et n'a pas repris d'AINS depuis.

Il s'agit d'un syndrome de Fernand Widal. La clinique (bronchospasme et rhinite) est très évocatrice, et survient dans l'heure suivant la prise.

Classiquement, le syndrome de Fernand Widal associe :

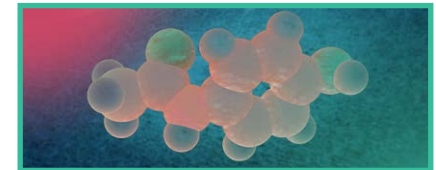
- ♦ des signes ORL : congestion nasale et rhinorrhée, anosmie, et polypes naso-sinusiens
- ♦ un asthme persistant, hyperéosinophilique, avec des exacerbations graves
- ♦ une intolérance à l'Aspirine, et aux AINS

Sur le plan physiopathologique, il s'agit d'un blocage de la voie des Cox, entraînant une augmentation de la production des leucotriènes. Celles-ci sont bronchoconstrictrices, vasodilatatrices (augmentation de la perméabilité vasculaire), et entraînent une activation des éosinophiles.

Les tests cutanés sont inutiles, car le mécanisme est non IgE.

En pratique, les AINS sont contre-indiqués. L'alternative est anti-cox2 (Célécoxib plus facile à tester) si la reprise d'un AINS est indispensable.

En cas de nécessité absolue, on peut réaliser une induction de tolérance à l'Aspirine, en milieu sécurisé, sous surveillance spirométrique.



### 4. Antalgiques et réactions cutanées

Ce patient de 45 ans, présente des réactions cutanées stéréotypées après chaque prise de paracétamol : plaques arrondies, ovulaires, bien limitées, non prurigineuses, érythémato-violacées.

Le délai de survenue se raccourcit, et le délai de régression s'allonge.

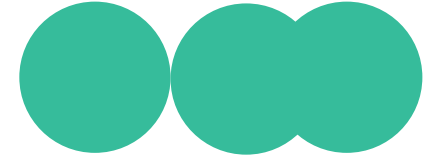
Il tolère parfaitement les AINS.



# HYPERSENSIBILITE aux AINS, Paracétamol, et Antalgiques

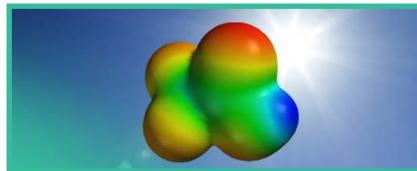
Animateur-Organisateur : Isabelle HENRY-DAUBAS (Toulon)  
Rapporteur : David LAURAC (Les Abymes)

Expert Anaforcal : Florence HACARD (Lyon)



Il s'agit d'un érythème pigmenté fixe (EPF). La localisation est similaire à chaque prise (CD 8 mémoires). Il existe une hyperpigmentation séquelaire. Il s'agit d'une hypersensibilité allergique retardée.

Le bilan allergologique comprendra un patch-test +/- IDR à lecture retardée, en zone saine, et lésion ancienne. En cas de négativité, il faudra réaliser un TPO. L'EPF bulleux est une toxidermie sévère, qui sera explorée en milieu spécialisé (tests cutanés après 6 semaines, et pas de réintroduction même si négatifs)

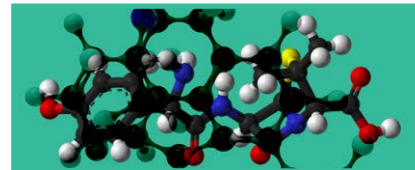


## 5. AINS et hypersensibilité retardée

Patient de 56 ans, qui a présenté une éruption papulo-vésiculeuse, sur les zones photo-exposées, lors d'un traitement par acide tiaprofénique (Surgam®). Les lésions ont régressé en plus d'une semaine. La clinique et la topographie des lésions (visage, décolleté, avant-bras, dos des mains), permet de faire le diagnostic de photosensibilisation.

Ce patient avait présenté une réaction photo-allergique, auparavant, suite à l'application d'un gel de Kétoprofène (Kétum®). Il existe une réactivité croisée entre les deux molécules.

La plupart des cas de photosensibilisation au Kétoprofène sont des photoallergies (différentes de la phototoxicité) dues au noyau Diphénylcétone. Les lésions persistent deux à quatre semaines après l'arrêt du traitement, et la photosensibilité est constante jusqu'à deux ans. Les photopatch-tests permettent de rechercher une allergie croisée au sein des autres AINS, et structures chimiques équivalentes (benzophénone, acide tiaprofénique, octocrylène, fénofibrates).



## 6. Hypersensibilité aux antalgiques

Patiente de 38 ans, qui présente trente minutes après la prise d'un comprimé de, une réaction anaphylactique, avec prurit palmaire, érythème du visage, dyspnée intense, vomissements, diarrhées, et angio œdème diffus. Deux heures avant, elle avait reçu 1 g d'Amoxicilline.

Cette patiente a repris du paracétamol, sans souci : quels tests réaliser ? L'Amoxicilline, à cause du délai de survenue, ne sera pas la priorité : les tests seront négatifs.

La codéine induit une histamino-libération non spécifique: les tests cutanés ne sont pas validés. Le tableau unique observé est peut-être dû aux effets secondaires de la codéine. L'allergie à la codéine est rare. Le TPO à la codéine doit être réalisé en milieu sécurisé.

## DISCUSSION

La suspicion d'allergie aux AINS et Antalgiques est un motif fréquent de consultation en allergologie, alors que sa prévalence est faible. La classification de Kowalski permet d'éviter des bilans allergologiques inutiles. Une sensibilisation à la pholcodine peut induire une allergie aux curares.

## CONCLUSION

### Références bibliographiques :

1. Kowalski ML, Asero R, Bavbek S, Blanca M, Blanca-Lopez N, Bochenek G et al. Classification and practical approach to the diagnosis and management of hypersensitivity to nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *Allergy* 2013;68:1219-32.
2. Warner TD, Giuliano F, Vojnovic I, Bukasa A, Mitchell JA, Vane JR. Nonsteroid drug selectivities for cyclo-oxygenase-1 rather than cyclo-oxygenase-2 are associated with human gastrointestinal toxicity: a full in vitro analysis. *Proc Natl Acad Sci USA* 1999;96:7563-8.
3. Kowalski et al: hypersensitivity to non seroidal anti-inflammatory drugs: classification, diagnosis and management:review of the EAACI.*Allergy* 2011;818-829



# INDUCTION DE TOLERANCE ALIMENTAIRE EN PRATIQUE DE VILLE

Animateur-Orga. : Chafiq MAHRAOUI  
Rapporteur : Oméga RAHARISON  
Assistant-Rapporteur : Lisa IZQUIERDO



Expert Anaforcal : Marion CORNUS  
Expert Hospitalier : Dominique SABOURAUD-LECLERC



## LES OBJECTIFS DE L'ATELIER :

- Enumérer les indications d'une induction de tolérance en pratique de ville,
- Décrire les modalités de mise en place et de suivi d'une induction et de tolérance en pratique de ville,
- Lister les principaux critères de sécurité requis avant la réalisation d'une induction de tolérance alimentaire en pratique de ville.

## INTRODUCTION

L'allergie alimentaire est un handicap dans la vie quotidienne. L'induction de tolérance alimentaire, solution à cette situation, peut-elle être initiée en pratique de ville ? Oui mais sous certaines conditions.

L'atelier a débuté par un pré-test. 5 cas cliniques sont résolus et discutés avec les experts. Le post-test a clôturé la session.

## CAS CLINIQUES



### MILA

Mila est un bébé de 2 mois. Elle est emmenée en consultation par sa mère pour des inconforts digestifs, des gaz et des coliques, et selles glaireuses. Elle a déjà présenté 2 épisodes de rectorragies. Elle prend du poids normalement. Depuis 1 mois, elle a une dermatite atopique (DA) des joues. Elle est allaitée exclusivement au sein. Sa mère consomme quotidiennement des produits laitiers. Quel diagnostic évoquer ? Faut-il faire un bilan paraclinique ? Quelle est la prise en charge ?

Ce tableau évoque une allergie aux protéines du lait de vache (APLV) non-IgE médiée. Les prick-tests (PT) et/ou le dosage des IgE spécifiques (IgE sp) vis-à-vis du lait de vache (LV) permettent d'éliminer une forme IgE-médiée. Une

coproculture et un examen virologique des selles seront demandés dans le but d'éliminer une infection digestive. Le patch-test au LV n'est plus recommandé par l'EAACI depuis 2014. L'arrêt de la consommation des PLV par la mère améliore les symptômes en quelques jours. La réintroduction du lait à 4 mois, lors d'une hospitalisation, fait réapparaître les troubles. Le test d'éviction-réintroduction (TER) est positif confirmant le diagnostic d'APLV non-IgE médiée.

À 10 mois, après un PT au LV négatif, le lait est réintroduit progressivement par palier de 5 jours en commençant par le lait cuit. À 28 ml (1/2 Kiri), les symptômes réapparaissent. Ceci nécessite une réadaptation du protocole en baissant la dose de moitié. On procédera alors la montée des doses par paliers plus prolongés et plus progressif jusqu'à 300 ml. Lors du passage au lait cru elle présente à nouveau des gaz et des douleurs abdominales. Ces symptômes évoquent une intolérance au lactose. Dans ce cas, un lait sans lactose est proposé.



### NOAH

Cet enfant a fait un choc anaphylactique au cours de son biberon, lors de son sevrage à 6 mois. Le bilan allergologique est alors positif pour le lait, le blé et l'œuf (Tab.1 et 2). Il est mis sous hydrolysats extensifs de PLV. À 9 mois, ces 3 aliments ne sont pas encore introduits car ses IgE sp ont encore augmenté. À 12 mois, le test de provocation orale (TPO) au blé est positif à 18 g de pain, environ 1/10<sup>ème</sup> de baguette.

À 24 mois, un TPO au lait cuit sous forme de biscuits est réalisé. Une ITO au lait cuit est commencée, suivie du blé. À 2 ans et demi, après un TPO au lait cru négatif à 19,5 ml, débute l'ITO au lait cru à la dose de 2 ml. À 3 ans, lors de son TPO, il tolère 90 ml de lait cru. Le TPO est négatif à 7,2 g d'œuf cuit en dose cumulée. Il commence alors une ITO pour l'œuf avec 1/8<sup>ème</sup> de madeleine. Actuellement, malgré une forte sensibilisation, (Tab.1 et 2), Noah tolère actuellement de façon quotidienne 300 ml de lait ou équivalents, le blé et l'œuf.





# INDUCTION DE TOLERANCE ALIMENTAIRE EN PRATIQUE DE VILLE

Animateur-Orga. : Chafiq MAHRAOUI

Rapporteur : Oméga RAHARISON

Assistant-Rapporteur : Lisa IZQUIERDO

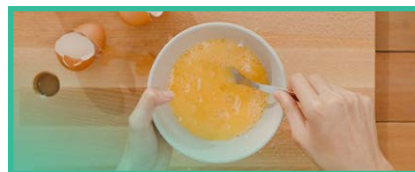


Expert Anaforcal : Marion CORNUS

Expert Hospitalier : Dominique SABOURAUD-LECLERC

Tableau 1. Evolution des tests cutanés de Noah (en mm)

Age (mois)	6	12	24	42
Allergènes				
LV	NF	8	15	5
BO	+++	8	12	7
JO	+	5	-	4
Blé	+	5	-	8



## ALEX

Ce petit garçon de 18 mois est vu en consultation pour une urticaire et un œdème du visage lors de l'introduction d'une omelette baveuse à 13 mois. Depuis, il consomme des biscuits et des gâteaux contenant de l'œuf cuit sans soucis.

Les PT pour l'omelette et le blanc d'œuf cru sont positifs. Le taux des IgEs à l'ovalbumine est à 8,3 kU/l.

Alex a une allergie au blanc d'œuf cru non sévère de grade I. Quelle prise en charge peut être entreprise en ville ? Une ITO est réalisée en commençant par l'œuf dur, cuit 12 mn à 100°C, donné 1 à 2 fois par semaine. Par la suite, le temps de cuisson est réduit d'une minute progressivement. À 6 mn de cuisson, une urticaire réapparaît. On conseille de revenir à la cuisson antérieure et de prolonger le palier d'1 mois. Mais après 1 mois, il refuse de continuer par dégout de l'œuf.

Le dosage des IgEs refait montre une bonne régression pour le blanc d'œuf cru. L'ITO est reprise au stade d'omelette baveuse, masquée dans un plat, pendant 1 mois, puis très baveuse.

La mousse au chocolat est introduite sans réaction après un PT à l'œuf cru négatif.



## RAYAN

Il est emmené en consultation à 6 ans. Il a fait une anaphylaxie de grade II à l'œuf cuit lorsqu'il avait 12 mois. Depuis il a évité l'œuf sous toutes ses formes. Le PT à l'œuf cru et les IgEs sont positifs dont l'ovomucoïde à 30,3 kU/l.

Lors de son TPO, il réagit, sans signe d'anaphylaxie sévère, à ¼ d'œuf dur soit 15 g. La dose cumulée réactogène (DCR) est de 30 g. Une ITO est démarrée à domicile par 3 g d'œuf cuit dans des gâteaux industriels avec une montée de la dose par paliers de 1 mois, jusqu'à la dose de 10 g d'œuf cuit pendant 6 mois. Puis il est revu en consultation. Le bilan allergologique pour l'œuf reste positif. Un second TPO à l'œuf cuit montre une tolérance à 60 g d'œuf en dose cumulée sans réaction.

Rayan peut alors consommer de l'œuf sous toutes ses formes. Par la suite, la cuisson de l'œuf est diminuée progressivement.



## MATHIEU

Il est vu en consultation à l'âge de 10 mois. A 6 mois, il a eu une réaction anaphylactique de grade 3 lors de l'introduction des céréales et 2 mois après lors d'un nouvel essai. Il présente une rhinite d'allure allergique, a eu de l'eczéma à 3 mois, un premier épisode de bronchiolite à 4 mois.

Son bilan allergologique est positif pour le blé et l'œuf avec un taux d'IgEs à l'ovomucoïde négatif. L'introduction de l'œuf cuit est conseillée mais non réalisée par les parents. À 2 ans, un TPO au blé sous forme de « Petit LU » est positif à la dose de 5,25 g. Le taux des IgEs a augmenté pour le blanc d'œuf (25,1 kU/l vs 12,8) et pour l'ovomucoïde (5,93 kU/l vs 0). À 2 ans et demi, on découvre une allergie à la noisette à l'occasion d'une anaphylaxie après prise de Nutella.

Mathieu est allergique au blé et à la noisette, sensibilisé à l'œuf, posant le problème de prise en charge : ITO au blé puis à la noisette. Il est important de réintroduire l'œuf cuit lorsque les IgEs ovomucoïde sont négatives.

Tableau 2. Evolution des valeurs des IgE sp de Noah (en kU/l)

Age (mois)	6	12	24	42
Allergènes				
LV	39,4	>100	36,9	21,4
αlactalbumine	23,6	-	-	15,3
βlactoglobuline	15,8	-	-	9,15
caséine	19,6	-	15,7	6,5
BO	30	62,9	41,6	37,1
Ovomucoïde	-	19,4	19	30,3
Blé	4,2	8,39	27,2	-
Arachide	4,19	-	-	-

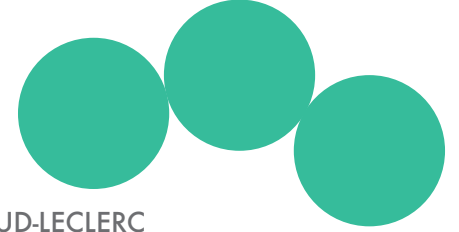


# INDUCTION DE TOLERANCE ALIMENTAIRE EN PRATIQUE DE VILLE

Animateur-Orga. : Chafiq MAHRAOUI

Rapporteur : Oméga RAHARISON

Assistant-Rapporteur : Lisa IZQUIERDO



## DISCUSSION

Selon les recommandations de l'EAACI, une ITO pour le LV, l'œuf et l'arachide est possible dans les allergies alimentaires IgE médiées persistantes et à haut risque anaphylactique. Le consentement et la gestion des réactions et de la trousse d'urgence par les parents et le patient sont requis.

L'aliment est donné quotidiennement en commençant par 1/10<sup>e</sup> de la DCR, pendant un moment calme, sans effort, et au cours d'un repas. La dose est augmentée progressivement par paliers. En cas d'oubli ou de contexte infectieux, il faut réduire la dose de moitié. De même si des symptômes apparaissent. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens sont à éviter.

## LES APLV NON-IGE MEDIIEES

Le Syndrome d'Entérocolite Induite par les Protéines Alimentaires (SEIPA) aiguë ou chronique, la proctocolite hémorragique, l'entéropathie chronique représentent principalement ces formes cliniques non IgE médiée. Le diagnostic se base surtout sur l'histoire clinique. La réintroduction en pratique de ville peut débuter vers 9-12 mois, après avoir écarté un SEIPA au LV. Il faut s'assurer

préalablement qu'il n'y a pas un passage vers la forme IgE médiée en pratiquant un PT et/ou en dosant les IgEs du LV. Il n'y a pas de consensus. Il est plus facile de commencer par le lait cuit puis cru. Commencer la réintroduction par des petites quantités. On augmente par palier de 3 jours minimum, à adapter selon la clinique, jusqu'à l'équivalent de 300 ml. Puis on introduit petit à petit le LV cru. En cas de réaction, adapter le protocole en allongeant le palier, et en montant plus progressivement les doses. Une intolérance au lactose peut s'observer chez les enfants ayant eu un régime d'éviction long, notamment après l'âge de 4-5 ans. Dans ce cas, s'aider des aliments sans ou pauvres en lactose. La trousse d'urgence n'est pas nécessaire.

## L'APLV IgE MEDIIEE

Il est important de repérer les phénotypes forts à risque de non guérison et d'agir tôt. Ce sont les enfants dont l'APLV ne guérit pas spontanément à 2 ans avec des tests cutanés importants et une valeur élevée des IgE sp pour la caséine. L'ITO est démarrée avec le lait cuit par 1/10<sup>e</sup> de la DCR lors du TPO. La dose est augmentée à 2/10<sup>e</sup> au 2<sup>e</sup> mois, puis 4/10<sup>e</sup> au 3<sup>e</sup> mois, ensuite 6/10<sup>e</sup> de 4 à 6 mois. Un TPO au lait cru est refait 6 mois après avec une réévaluation du

Expert Anaforcal : Marion CORNUS

Expert Hospitalier : Dominique SABOURAUD-LECLERC

protocole. Le chauffage du lait permet d'introduire le lait cuit et induit la tolérance au lait cru.

Une trousse d'urgence est prescrite, avec une feuille de consigne et un plan d'action remis à la famille. Le médecin doit être joignable par téléphone ou e-mail.

## L'ITO POUR L'ŒUF

### L'œuf cuit

L'ovomucoïde est le marqueur de l'allergie à l'œuf cuit. Sa valeur supérieure à 10.8KU/L a une VPP de 95%. Pour un taux d'IgE sp supérieur à 50 kU/l, l'éviction est préférée avec un nouveau bilan allergologique 6 à 12 mois après. Pour des taux compris entre 10,8 et 50 kU/l, on peut proposer un TPO à de petites quantités d'œuf cuit contenue dans des gâteaux industriels (boudoirs ou madeleines par ex.), puis en fonction de la DCR démarrer une ITO. Enfin, pour des taux entre 1,2 et 10,8 kU/l, on peut proposer un TPO à l'œuf dur d'emblée pour voir la DCR et ensuite proposer une ITO. Le palier est de 15 jours à 1 mois. Lorsque l'œuf cuit est bien toléré, poursuivre avec l'œuf cru.

### L'œuf cru

Un PT supérieur à 4 mm pour un enfant de moins de 2 ans ou supérieur à 10 mm pour un enfant de plus de 2

ans ou un test natif supérieur à 14 mm a une VPP de 95% d'allergie à l'œuf cru. Il en est de même un taux d'IgEs au BO supérieur à 1,7 kU/l pour les moins de 2 ans et supérieur à 7,3 kU/l pour les plus de 2 ans.

Une ITO à l'œuf cru peut être réalisée après s'être assuré de l'absence de facteurs aggravants tels un asthme mal contrôlé et/ou d'autres allergies alimentaires.

Le principe est de partir d'un œuf cuit pendant 12 mn à 100°C. Le temps de cuisson est réduit d'1 mn tous les 15 jours à 1 mois jusqu'à l'œuf à la coque cuit pendant 3 mn. Puis introduire l'œuf cru sous forme de mayonnaise « maison », de mousse, de meringue, de tiramisu... On peut également diminuer la cuisson d'une omelette. La quantité est à adapter selon les besoins nutritionnels pour l'âge.

## LE BLÉ

L'allergie au blé est peu fréquente. Elle guérit spontanément à 59% à l'âge de 4 ans et à 96% à 16 ans. Une DA est retrouvée dans 80% des cas. La cosensibilisation au lait et à l'œuf est fréquente. Une ITO peut être proposée. Comme pour les autres aliments, il faut commencer par 1/10<sup>e</sup> de la DCR avec une augmentation progressive sur 6 mois.



# INDUCTION DE TOLERANCE ALIMENTAIRE EN PRATIQUE DE VILLE

Animateur-Orga. : Chafiq MAHRAOUI  
Rapporteur : Oméga RAHARISON  
Assistant-Rapporteur : Lisa IZQUIERDO

Expert Anaforcal : Marion CORNUS  
Expert Hospitalier : Dominique SABOURAUD-LECLERC



## CONCLUSION

Une ITO pour l'allergie IgE dépendante au lait de vache, à l'œuf et au blé peut être initiée en pratique de ville après la détermination de la dose seuil par un TPO, d'où la nécessité d'une bonne coopération ville/hôpital. Il faut s'assurer du consentement et de la compréhension des consignes des parents. Il n'y a pas de consensus. Le protocole est à adapter à chaque enfant et à chaque famille.

## TEST DE LECTURE

1. L'ITO au lait (APLV IgE dépendante) ne peut être mise en place qu'après un TPO fait en milieu hospitalier et permettent de connaître le seuil de réactivité de l'enfant à l'allergène  
 VRAI  FAUX
2. L'ITO à l'œuf peut être mise en place au domicile dans la plupart des cas sans passer par un TPO fait en milieu hospitalier et à condition que les valeurs des IgE sp à l'ovomucoïde soient basses.  
 VRAI  FAUX
3. Il n'est pas utile de mettre en place une ITO au blé car l'allergie au blé guérit spontanément à l'âge de 4 ans dans plus de 80% des cas.  
 VRAI  FAUX
4. En cas de réaction généralisée en cours d'ITO, il faut :
  - A - arrêter l'ITO  
 VRAI  FAUX
  - B - faire une pause d'au moins 5 jours avant de reprendre la même dose  
 VRAI  FAUX
  - C - repartir le lendemain sur une dose diminuée et y rester plus longtemps  
 VRAI  FAUX

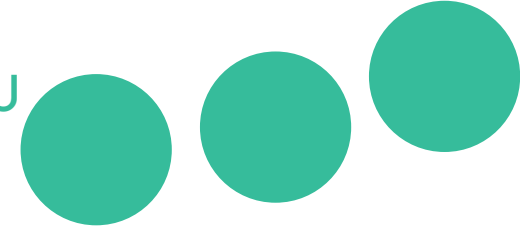
Réponses : 1 : Vrai / 2 : Vrai / 3 : Faux / 4.A : Faux / 4.B : Faux / 4.C : Vrai

## Références bibliographiques :

1. Bidat E., Allergie aux protéines du lait de vache : guide pratique de la réintroduction des protéines du lait de vache : quand, comment réintroduire, Rev Fr Allergol, 2019
2. Pajno et al., EAACI guidelines on allergen immunotherapy : IgE mediated food allergy, Allergy, 2017
3. Leonard et al., Dietary baked egg accelerates resolutions of egg allergy in children, J Allergy Clin Immunol, 2012



# COMPTE RENDU DE LA RÉUNION COMMUNE DU BUREAU de l'ANAFORCAL Nationale et de la Fédération ANAFORCAL Internationale



Lyon, les 5 et 6 mars 2021

## Liste des participants en présentiel et en visioconférence :

Jean-François Fontaine, Jean-Pol Dumur, Isabelle Sullerot, Christine Pasquet-Noualhaguet, Joël Lévy, Joëlle Birnbaum, Pierre Grave, Agnès Cheynel, Robert Gaussorgues, Majed Béji, Flore Amon Tanoh Dick, Monique Fontaine, Michel Thiakane, Khalil Ladha, Frédérique Louis-Donguy, Yves Swartebroecx, Marion Cornus, Dominique Butenda, Dominique Sabouraud, Bruno Girodet, Natacha Bonardel, Johan Léquipé, Sarah Court-Devilliers, Véronique Lustgarten-Grillot, Sarah Saf, Joana Vitte, Florence Hacard, Christine Delebarre, Valérie Liabeuf.

## PROSPECTIVE CFA 2021 & 2022 ET DISCUSSION AUTOUR DES ATELIERS ET DE LA FORMATION DES INTERVENANTS :

La matinée a commencé par la présentation des participants en raison de nouveaux venus à notre réunion de bureau.

Puis l'ordre du jour de ce vendredi matin consistait dans un premier temps, en une discussion au sujet des ateliers du prochain CFA 2021 qui se déroulera vraisemblablement en distanciel sur 2 jours (jeudi 27 et vendredi 28 mai 2021) en raison de la persistance de la crise sanitaire. La décision doit être prise rapidement dans les jours prochains par la SFA et l'ANAFORCAL. Joana Vitte (future présidente du CS) a travaillé sur le programme distanciel de 2 jours. Les laboratoires ne participeront pas.

4 ateliers du programme du CFA 2020 qui n'a donc pas pu avoir lieu, ont été retenus pour le CFA 2021 distanciel et se sont transformés en 4 formations interactives d'une

durée de 1h30 et d'une capacité maximale de 100 personnes pour un montant de 25 euros l'inscription. Ces formations se dérouleront la veille du CFA, soit le mercredi 26 mai.

### Il s'agit des ateliers suivants :

- ◆ Apport des allergènes moléculaires en allergie alimentaire (atelier 1 dont le titre a été modifié pour s'appliquer uniquement à l'allergie alimentaire)
- ◆ Dermate Atopique en 2021 : recommandations et la pratique (atelier 5)
- ◆ Quiz dermatologique : peau blanche/peau noire (atelier 12)
- ◆ Allergies alimentaires sévères de l'enfant : diagnostic et prise en charge

Les rapporteurs des formations interactives feront la synthèse des questions posées par chat et les communiqueront aux intervenants.

Il faudra en amont faire un « training » avec un technicien dédié qui sera rémunéré. Margaux Orange se chargera de l'organisation et mise en place.

Il faudra aussi obtenir l'accord écrit des intervenants (droit à l'image) pour que ces formations soient ensuite visibles en podcast après le congrès.

Les interlocuteurs devront également s'entraîner et savoir manipuler le support technique avant la manifestation.

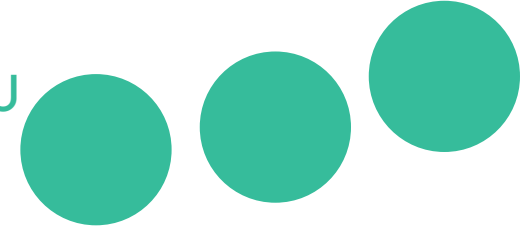
La 2<sup>ème</sup> partie de la matinée a été consacrée à la préparation des ateliers et au mode de formation des intervenants : animateurs et rapporteurs.

C'est Pierre Grave, responsable de la formation pédagogique, qui a pris la parole et a rappelé la nécessité, pour chaque membre des bureaux (Anafocal et FAI), de réfléchir à des noms de confrères/consoeurs motivé(e)s susceptibles d'intervenir dans les futurs ateliers, en précisant la fonction souhaitée (animateur, rapporteur, expert hospitalier, expert Anafocal). Cela permettra d'établir une liste d'intervenants potentiels pour





# COMPTE RENDU DE LA RÉUNION COMMUNE DU BUREAU de l'ANAFORCAL Nationale et de la Fédération ANAFORCAL Internationale



trouver plus facilement des remplaçants en cas de désistement et de communiquer leurs noms à Elise de Margaux Orange, qui se chargera d'envoyer les mails aux intervenants comme elle le fait actuellement.

Il faudra demander aux intervenants des ateliers 2021 s'ils sont disponibles pour 2022. En cas de désistement pour les ateliers de 2022, on pourra puiser dans le listing des ateliers de 2020, car nous avons 1 à 2 ans d'avance pour la préparation des ateliers. Il faut profiter de cette avance pour assurer la formation des intervenants.

Pour assurer cette formation, il a été décidé de mettre en place un système de visioconférences pour remplacer la réunion de formation des cadres de janvier qui n'aura plus lieu. Cette visioformation destinée aux animateurs/organisateur (A/O), rapporteurs et observateurs et se fera en novembre-décembre sur une journée. Il y aura 3 ateliers en visio : 1 atelier pour les A/O confirmés (souhaitant perfectionner leur formation), 1 atelier pour les A/O débutants et 1 atelier de formation pour les rapporteurs débutants et observateurs avec, dans cet atelier, la présentation du fonctionnement des ateliers l'ANAFORCAL et du rôle de chaque intervenant. Le nombre de participants par atelier de formation sera de 10 et les Dr Juniors qui sortent en novembre pourront y participer en tant qu'observateurs.

Un animateur expérimenté pourra faire partager son expérience pendant cette visio. Il faudra demander aux rapporteurs des ateliers 2020 s'ils souhaitent faire la formation d'animateur/organisateur.

La formation dédiée aux francophones pourra également être complétée au cours des RFA.

La prochaine réunion de Bureau se tiendra en janvier 2022 à Paris et fusionnera avec l'ancien séminaire des cadres ayant lieu auparavant à cette même date. Au cours de

cette réunion de bureau, seront exposés les avancements dans la préparation des ateliers pour le CFA 2022. Il faudra donc prévoir un temps dédié à ce travail. Comme nous l'avons décidé à la réunion de bureau de Nancy, en ce qui concerne la FAI ce sont les présidents des associations (Maroc, Tunisie, Algérie, Belgique et Afrique), membres du Bureau de la FAI, qui seront chargés de la gestion des ateliers pour lesquels intervient un A/O de leur pays. Ils feront chacun une synthèse de la préparation de leurs ateliers « nationaux ». Pour la France, c'est la future équipe pédagogique (Pierre, Natacha Bonardel et sans doute Amparo Siret) qui sera chargée de la gestion des ateliers « français » et de leur synthèse lors de la réunion de bureau. Pour le CFA 2022 : il y a 14 ateliers « francophones » et 10 ateliers « français ». Nous avons convenu, à Nancy, de passer rapidement les ateliers ne posant pas de problème pour nous attarder sur ceux ayant présenté des difficultés.

Sarah Saf a insisté sur la nécessité d'impliquer très tôt des jeunes internes en fin d'internat et des jeunes allergologues dans la préparation des ateliers de l'ANAFORCAL d'abord comme observateurs puis rapporteurs et animateurs. Il faudra aussi trouver des moyens pour attirer les jeunes spécialistes d'organes qui sont en FST d'allergologie. L'AJAF a mis en place des webinaires avec des dermato-allergologues et en prépare avec des pneumo-allergologues.

L'ANAFORCAL doit rester pluridisciplinaire et prévoir l'intégration de jeunes en FST soit à l'hôpital soit en libéral. Elle doit travailler dans ce sens avec la SFA. Jean-François souhaite créer pour les jeunes spécialistes d'organes des webinaires de formation médicale continue en allergologie avec nos différentes structures (ANAFORCAL et FAI) que ce soit pour la France et les pays francophones.

Projet de l'AJAF : faire la liste des internes inscrits en FST (dernière année d'internat) d'où la nécessité de communiquer avec la Faculté et les associations de spécialistes, car pour l'instant cette liste n'est pas prête.

Il faut réfléchir aussi sur la possibilité de faire des webinaires en podcast sur notre site. Il faut donc plusieurs canaux pour toucher les jeunes internes en raison de différences entre les facultés, les villes et les coordinateurs de l'enseignement en allergologie.

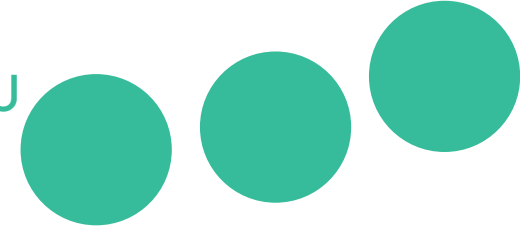
Devant l'absence d'autres questions la réunion du vendredi matin prend fin à 12h30

Frédérique Louis-Donguy Secrétaire Générale





# COMPTE RENDU DE LA RÉUNION COMMUNE DU BUREAU de l'ANAFORCAL Nationale et de la Fédération ANAFORCAL Internationale



Lyon le samedi 11 mars 2021

## Liste des présents et en visioconférence :

Jean Pol Dumur, Jean François Fontaine, Majed Béji, Agnès Cheynel, Dominique Sabouraud, Joël Lévy, Marion Cornus, Robert Gaussorgues, Johan Léquipé, Bruno Girodet, Yves Swartebroekx, Christine Delebarre, Dominique Butenda, Pierre Grave, Monique Fontaine, Younes el Gueddari, Valérie Liabeuf, Khalil Ladha, Abdenour Benyounes, Joana Vitte, Véronique Lustgarten-Grillot, Flore Amon Tanoh Dick, Natacha Bonardel.

## 1. ELECTIONS OCTOBRE 2021

Les prochaines élections des membres du bureau de la FAI se tiendront aux prochaines RFA à Kigali en octobre prochain. Le bureau est élu par les membres du Conseil d'Administration de la FAI qui doivent être désignés avant la date des élections.

*Le bureau 2021/2024 comporte 12 membres pour 12 candidats :*

- ◆ *Pour la France* : 6 membres : Jean François Fontaine, Dominique Sabouraud, Florence Hacad, Eddy Citadelle, Jean Pol Dumur et Joëlle Birnbaum (cooptée)
- ◆ *Pour la Belgique* : Khalil Ladha, Dominique Butenda
- ◆ *Pour l'Algérie* : Attia Abdelkader
- ◆ *Pour le Maroc* : Younes El Gueddari
- ◆ *Pour la Tunisie* : Majed Beji
- ◆ *Pour l'Afrique* : Ouoba Kampadilemba

En ce qui concerne le CA, une place est à pourvoir pour la France (8 membres) en raison du retrait de Céline Roussel. Sinon pour le Maroc Leila Tazi serait intéressée pour le CA ? Pour la Belgique et la Tunisie, aucun changement n'est à noter.

On est sans réponse du Mali, du Cameroun, de Djibouti et du Gabon. Il n'y a aucun changement pour la Mauritanie, Madagascar, le Togo, le Niger, le Rwanda, la RDC, le Congo Brazzaville. Pour le Sénégal, Michel Thiakane est remplacé par Agne Papa Samba, un 2<sup>ème</sup> nom est attendu pour le Burkina Faso. En ce qui concerne le Liban, peu de réponse également, il doit y avoir un changement de présidence dans l'association et Monique Fontaine nous fait remarquer que les cotisations pour 2020 n'ont pas été réglées. Un 2<sup>ème</sup> représentant au Bureau de la FAI devrait être confirmé pour l'Afrique par Flore.

## 2. LES RFA

Les prochaines RFA auront lieu à Kigali au Rwanda du 06 au 09 octobre 2021 à l'hôtel Marriott. L'arrivée se fera le 05 au soir. La sortie botanique aura lieu le samedi matin.

Jean Pol rappelle que les membres du bureau de la FAI et les orateurs sont invités : frais d'inscription, 4 nuits. Les vols sont pré-réservés, il faut penser rapidement à remplir son bulletin d'hébergement et l'envoyer à l'organisme (agence contrastes : Magali Lebèvre) qui s'occupe du congrès et des vols pour le Rwanda.

Les membres du CA paient leur inscription (300 euros) et leur frais de voyage mais sont invités pour les 4 nuits d'hébergement. Les membres du bureau non intervenants paient leur inscription et seront ensuite remboursés. Les orateurs africains doivent prendre leur billet d'avion qui leur sera ensuite remboursé par la SODA. Les visas d'entrée seront établis sur place par les autorités pour un montant de 35 dollars, seul un passeport en cours de validité suffit pour voyager. Un séminaire pratique du DUFRAL 6 Afrique 1ère année aura lieu dans la foulée du 09 au 15 octobre, il y aura 35 étudiants qui devront être présents également au congrès, ils bénéficieront d'un tarif préférentiel et d'un hôtel peu coûteux. L'ANAFORCAL Rwanda prendra en charge leurs repas.

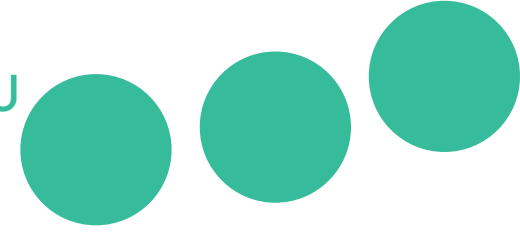
-Futures rencontres :

En 2022, les RFA se tiendront à Aix -En- Provence où nous fêterons par la même occasion les 40 ans de l'ANAFORCAL. Les AREFORCALs et les laboratoires pharmaceutiques (exposants) pourront ainsi participer en plus grand nombre. Elles auront lieu du 12 au 15 octobre 2022.

Puis ce sera au tour de la Guadeloupe en 2023, d'accueillir les RFA, à Pointe à Pitre et la Belgique en 2024.



# COMPTE RENDU DE LA RÉUNION COMMUNE DU BUREAU de l'ANAFORCAL Nationale et de la Fédération ANAFORCAL Internationale



### 3. LES DUFRAL

Les cours de perfectionnement en présentiel des 25 et 26 mai, qui se tiennent normalement avant le CFA n'auront pas lieu en raison de l'impossibilité de déplacement des francophones à cette époque et du fait que le CFA se fera sans doute en distanciel. Ces cours sont réservés aux Dufraliens diplômés et aux diplômés en allergologie. Les frais d'inscription sont de 100 euros.

La première idée était de garder le même programme aux mêmes dates et de le faire sous forme de visioconférence. Plus loin, il sera détaillé qu'une autre solution a été prise pour assurer les cours de perfectionnement.

#### **Organisation des séminaires pratiques DUFRAL 2021 :**

En 2020 le DUFRAL 2 Maghreb 1<sup>ère</sup> année a été annulé, ainsi que le DUFRAL 5 Afrique et le DUFRAL 3 Océan Indien.

Il est en projet un séminaire en juin à Abidjan avec un test PCR négatif.

Le DUFRAL 6 1<sup>ère</sup> année Afrique aura donc lieu à Kigali. Le DUFRAL Belgique 1 1<sup>ère</sup> année aura lieu à Charleroi en décembre prochain.

Le DUFRAL 2 Maghreb 1<sup>ère</sup> année devait se tenir à Lyon en septembre 2021, non seulement les visas pour les étudiants ne seront pas accordés mais le CHU de Lyon ne peut plus recevoir d'étudiants en nombre (42 étudiants) dans ses locaux.

Le conseil pédagogique du DUFRAL (A.Nusbaum, B.Girodet, F.Hacard, JF Nicolas, M.Beji et JP Dumur) a décidé que le séminaire pratique du 11 au 17 septembre 2021 aurait lieu au Maghreb, on évite ainsi les problèmes de visas et les étudiants peuvent se rendre dans les hôpitaux.

#### **Point financier sur le DUFRAL :**

Les comptes sont à l'équilibre pour la 2<sup>ème</sup> année consécutive, voir même en excédent grâce aux 4 DUFRAL.

Le DUFRAL est à présent autonome financièrement et ne perçoit plus de subventions.

En ce qui concerne les dépenses, pour l'instant pour 2021, elles ne sont pas encore engagées.

Fin 2020 : il y avait 200 médecins qualifiés en allergologie en Afrique et 92 étudiants en formation (fruit de 10 années de travail).

### 4. BILAN FINANCIER FAI 2020

- ♦ Les rentrées sont représentées par les cotisations
- ♦ Les dépenses sont représentées par le remboursement des frais de déplacement pour les réunions de bureaux et des cadres. La balance est positive.

- ♦ Le nombre d'adhérents : il y a, entre autre, 591 adhérents pour la France soit un total pour tous les pays francophones de 1247 adhérents à la FAI en 2020.

### 5. LE SITE INTERNET

Monique Fontaine en était le webmaster. Pour des raisons de sécurité, ce site est fermé depuis 2020. Il faut faire un appel d'offres (Antoine Desnoyers en France, Souissi en Tunisie et autre ...) pour la reconstruction du site en ayant soin de remplir un cahier des charges au préalable. Se calquer sur celui de l'ANAFORCAL avec une page d'actualité alimentée par chacun des pays ? La FAI bénéficie d'un compte Facebook par ailleurs.

### 6. DISTRIBUTION DES ALLERGÈNES EN AFRIQUE

La commande d'allergènes qui devait être distribuée fin mai lors du CFA a été annulée. Pourquoi ne pas profiter du séminaire du DUFRAL 2 Maghreb 1<sup>ère</sup> année, qui aura lieu en Tunisie en septembre prochain pour faire également les cours de perfectionnement qui devaient se tenir en mai avant le CFA et pour lesquels on prévoyait une visioconférence et en profiter, par la même occasion, pour faire passer les allergènes aux enseignants et aux étudiants ? (Idée de Younes)

Il a donc été décidé que : Séminaire DUFRAL + Cours de Perfectionnement + Remise des allergènes se feraient en Tunisie en septembre prochain.

### 7. LE CONSEIL SCIENTIFIQUE DE LA FAI 2021 /2024

Il sera analysé en octobre prochain à Kigali aux RFA. Jean Pol propose que Florence Hacard en soit la nouvelle présidente.

La composition serait la suivante : F.Hacard : présidente (France), D.Sabouraud (France), J. Birnbaum (France), F. Tritar (Tunisie), C.Mahraoui (Maroc), F.Amon (Côte d'Ivoire), JP Dumur (France).

Flore est donc proposée pour rentrer dans le CS. Manque un membre belge et algérien. Chercher une proposition de candidature de ce côté, à faire passer à Joëlle. À signaler la présence de 3 pédiatres.

En l'absence de question supplémentaire la séance est levée à 12h.

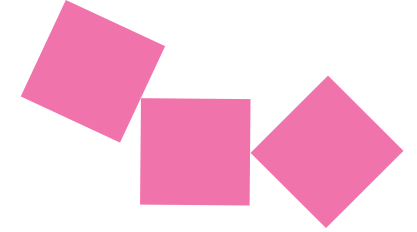
Frédérique Louis-Donguy, Secrétaire Générale de l'ANAFORCAL



# CULTIVER L'ESPÉRANCE

## Jour 14 du reconfinement

Docteur Jean-Pol DUMUR



En ces temps d'angoisse et de doute, où le ciel bouché par un amoncellement de nuages noirs et menaçants ne laisse entrevoir la moindre éclaircie, il est urgent et vital de cultiver l'espérance. L'espérance, cette petite voix qui nous chuchote que malgré les apparences, rien n'est jamais perdu et qu'il faut regarder la vie et ses difficultés, non comme un mal, mais comme une promesse. Vivre dans l'espérance, c'est accepter l'angoisse et les tourments et en même temps, conserver la joie. Il y a une dynamique dans l'espérance : elle nous mobilise et nous permet de continuer le chemin. L'espérance se nourrit de la foi et de la charité qui la complètent et la vivifient. En fait, espérance, foi et charité se conjuguent pour nous permettre d'aller toujours plus loin et nous persuader que tout chemin mène et revient à l'homme, qu'il n'y a pas d'autre voie. Au-dessus de l'attente est l'espérance, plus généreuse parce qu'elle renonce à la détermination des espoirs immédiats et des calculs inquiets pour offrir une large confiance à un avenir meilleur.

Elle implique un acte de foi spirituelle dans la qualité et l'épaisseur du temps et, par lui, un désarmement intérieur, un abandon apaisant et actif.

« Cette belle espérance qui consiste à croire sans preuve, à espérer ce qu'on ignore et à attendre avec ferveur ce qu'on ne sait pas du tout. »

(FLAUBERT, La Tentation de Saint-Antoine)

Le mot espérance est tiré du grec **ἐλπίς, elpis** que l'on peut traduire par présomption ou prévision heureuse. **ἐλπίς** est proche du mot latin **voluptas** : choix heureux. Dans la mythologie grecque, le mythe de Pandore, relaté par Hésiode dans la Théogonie, raconte comment les dieux se vengent des mortels en leur envoyant la première femme, Pandore, qui ouvre le couvercle de la jarre où sont enfermés tous les maux. Les maux s'échappent et accablent l'humanité, mais Pandore referme la jarre juste à temps pour y conserver l'espérance (ἐλπίς, elpis).

Pour les hommes, dont le statut est par essence prédéterminé et conduit inexorablement à l'anéantissement par la mort, l'espérance est un défi insensé, un pied de nez au destin, le rapt d'une parcelle d'éternité. Elle signifie que malgré tout ce que l'homme sait ou pressent, il garde au fond du cœur et de l'âme le sentiment que la vie, même si elle semble absurde et tragique, mérite d'être vécue avec joie et plénitude avant que tout s'arrête.



Extrait de la tentation de Saint-Antoine par Brueghel le jeune.

L'espérance est une étincelle de joie et d'inconscience dans l'obscurité de l'univers.

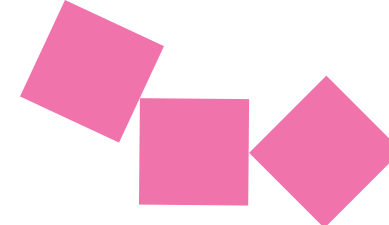
Tout ceci est bien joli me direz-vous, mais où trouver cette parcelle d'espérance dans l'époque singulière que nous vivons où rodent la maladie et la mort et où s'entremêlent privation de la liberté, chronique d'une faillite économique annoncée, terrorisme barbare et aveugle et rupture du lien affectif par distanciation physique ? Comment cultiver l'espérance si l'on m'interdit même de partager un moment avec mes proches et mes amis et de les étreindre, alors qu'on nous assène à longueur de journée dans les médias que l'autre est source potentielle de contamination, de maladie et de mort et qu'il devient mon ennemi en me mettant en danger ?



# CULTIVER L'ESPÉRANCE

## Jour 14 du reconfinement

Docteur Jean-Pol DUMUR

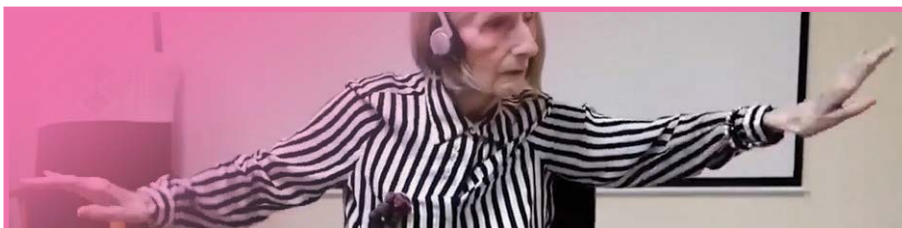


Comme le disait Chateaubriand dans ses « Mémoires d'Outre Tombe », quand tout est perdu, il nous reste l'espérance. Alors, regardons autour de nous, prenons le temps d'écouter le monde et de le regarder autrement, avec bienveillance et miséricorde, faisons confiance au génie de l'homme pour se relever des situations les plus désespérées et devenir l'artisan de son destin, quoiqu'il en coûte et qu'il arrive.

« Fais ce que doit, advienne que pourra... »

### DEUX EXEMPLES POUR VOUS DONNER L'ESPÉRANCE.

Sa vidéo a fait le tour du monde. Marta Consolacion GONZALEZ est une ancienne danseuse étoile espagnole atteinte de la maladie d'Alzheimer. Elle a perdu l'usage de la parole et s'est enfermée dans le silence. Le thérapeute de l'institution où elle est hospitalisée se désespère de cet isolement morbide. Lui vient alors l'idée d'appliquer sur les oreilles de Marta un casque audio et de lui faire entendre le célèbre passage de la mort, extrait du Lac des Cygnes de Tchaïkovski. Après quelques instants de silence et d'immobilité, l'ancienne ballerine, clouée sur son fauteuil roulant, se met à danser en mimant avec ses bras et ses mains, la lente agonie du cygne. Elle retrouve un instant la joie et la grâce de son ancienne passion. Il est maintenant avéré que les émotions



et la mémoire musicale sont les capacités qui résistent le plus longtemps à la maladie d'Alzheimer, comme un ultime salut avant que le rideau ne tombe.

Le 19 juillet 1980, naissait ma fille Emma, porteuse de trisomie 21 et de lourdes malformations digestives. J'avais à peine trente ans et je venais de m'installer depuis quelques mois seulement comme médecin libéral à Aix. L'arrivée dans la famille d'une petite fille après un joli garçon de cinq ans, aurait dû apparaître comme un accomplissement, une apothéose. L'instant de sidération passé, j'ai considéré que cette terrible nouvelle, loin d'être une fin, constituait en fait un début, un nouveau départ, une initiation à une nouvelle vie, différente certes, mais néanmoins porteuse de joie et d'espérance. J'ai mis toute mon énergie dans la prise en charge et l'accompagnement de ma fille, afin qu'elle parvienne au maximum de ses maigres possibilités et qu'elle accède au bonheur. Quarante années se sont écoulées et Emma continue son chemin à mes côtés, au pas lent de son horloge intérieure. Elle rit volontiers et comme elle l'avoue souvent, elle adore m'embêter. Je prends cet aveu comme une ultime marque de tendresse et d'affection car ma fille ne s'intéresse et n'embête que ceux qu'elle aime ! Puis-je avouer que malgré le fardeau du handicap que j'ai porté souvent bien seul, car le handicap fait peur et éloigne, j'ai vécu avec ma fille de magnifiques moments de bonheur et de complicité et qu'elle m'a appris la patience, la modestie et le caractère précieux du temps qui passe. Emma est pour moi une star, une étoile, celle de l'espérance.





**INFOS**  
CONGRÈS / STAGES

## CONGRÈS FRANCOPHONES

**11-12-13 Juin 2021 : Week-end botanique national**  
Fort Mahon (Hauts de France)



## CONGRÈS INTERNATIONAUX



**10 au 12 juillet 2021 : EAACI Hybrid Annual Congress 2021**  
with a physical part Krakow (Poland)

**6 au 9 Octobre 2021 : XIX<sup>èmes</sup> Rencontres Francophones d'Allergologie (RFA)**  
Hôtel Marriott Kigali (Rwanda)  
*Fil rouge : « 10 ans de pratique allergologique en Afrique »*

**2 liens vers les congrès spécifiquement internationaux :**  
<http://www.medical.theconferencewebsite.com/conferences/respiratory-medicine>  
<http://www.medical.theconferencewebsite.com/conferences/allergology-medicine>