

Pathologie d'incidence croissante au point que des épidémiologistes avertis nous annoncent une prévalence concernant une bonne moitié de nos populations occidentales à la fin du premier quart de notre siècle, l'allergie se manifeste au niveau de nos organes et appareils en contact avec un environnement de plus en plus complexe, ne serait-ce que par la multiplicité des molécules nouvelles d'origine industrielle, voire de médicaments, apparaissant comme autant de nouveaux polluants potentiels. La peau, l'appareil respiratoire et le tube digestif deviennent territoires d'affrontement et les spécialistes des disciplines médicales correspondantes sont de plus en plus mobilisés dans la démarche de recherche d'allergènes coupables puis dans la tentative de prescription de thérapeutiques appropriées. C'est très opportunément qu'en collaboration avec une équipe nancéenne hospitalo-universitaire spécialisée animée par le professeur Gisèle Kanny, l'Observatoire Régional de la Santé et des Affaires Sociales a pris l'initiative de consacrer ce nouveau bulletin à cette vaste thématique. La saison pollinique de plus en plus précoce permet aussi de faire référence à la création récente d'un observatoire de maturation des principales espèces florales allergisantes au sein du Jardin botanique du Montet jouxtant l'Université. Il me revient également de souligner l'opportunité de parution récente, à l'intention du grand public, d'un « Grand livre des allergies » qui reprend la synthèse d'un travail réalisé sous l'égide de la Fédération française d'Allergologie en résumant ses objectifs : « tout savoir sur la prévention et les traitements des allergies ».

Le mot du Président



DANS CE NUMÉRO

Page 1

- Le mot du président
- Introduction

Page 2

- Contexte : la pollution de l'air**
- La pollution de l'air extérieur
- La pollution de l'air intérieur

Page 3

- Allergies respiratoires**
- Données épidémiologiques

Page 4

- Allergies respiratoires**
- Données épidémiologiques (suite)
- L'observatoire des pollens

Page 5

- Allergies alimentaires**
- Qu'est-ce que l'allergie alimentaire ?

Page 6

- Etiquetage et voyages à l'étranger**
- Education thérapeutique du patient**
- ETP, école de l'atopie

Page 7

- Education thérapeutique du patient**
- L'espace thermal, un espace idéal pour l'éducation thérapeutique du patient
- Conclusion**

Page 8

- Billet d'humeur
- Notes bibliographiques

Allergies : des impacts santé en expansion

Introduction

L'allergie est une réaction d'hypersensibilité immunitaire spécifique vis-à-vis d'une substance étrangère appelée allergène. L'allergie dite « immédiate » fait intervenir les anticorps de type immunoglobulines E spécifiques. D'autres types de réactions immunes pathologiques existent faisant intervenir d'autres classes d'immunoglobulines et les cellules de l'immunité comme c'est le cas dans certaines hypersensibilités médicamenteuses, l'eczéma de contact,...

Certaines personnes ont une prédisposition personnelle et familiale à produire des immunoglobulines E spécifiques vis-à-vis de substances naturellement présentes dans notre environnement lorsque celles-ci entrent en contact avec nos organismes par les interfaces naturelles que sont la peau, les muqueuses respiratoires ou digestives. Ceci définit le **terrain atopique**.

Les symptômes induits par les maladies atopiques sont variables : atteintes respiratoires (rhinite, asthme), cutanéomuqueuses (urticaire, œdème, conjonctivite, eczéma atopique), digestives (vomissement, reflux gastro-oesophagien, blocage alimentaire, diarrhées, constipation, malabsorption des aliments) pouvant conduire à des situations d'urgence (choc anaphylactique, œdème laryngé ou asthme aigu grave).

Dans ce bulletin, nous aborderons deux sujets principaux que sont les allergies respiratoires qui sont des réactions immunologiques pathologiques aux substances que nous respirons (pollens, acariens, moisissures, épithelia animaux,...) et les allergies alimentaires qui sont des réactions adverses aux aliments que nous consommons pour nous nourrir. Nous présenterons les données épidémiologiques de l'asthme en Lorraine, l'impact de la pollution extérieure et intérieure sur le déterminisme des maladies allergiques et les mesures mises en œuvre pour faire face à ce nouveau défi de santé publique.

Au début du 20^{ème} siècle, l'allergie était vue comme une maladie rare. Aujourd'hui, 150 millions de citoyens européens sont concernés et il est prédit qu'en 2025 la moitié de la population sera atteinte. En Europe, 100 millions de personnes sont atteintes de rhinite allergique, 70 millions d'asthme et 17 millions d'allergie alimentaire à risque anaphylactique [1]. Un enfant sur 20 présente une allergie alimentaire [2].

L'atopie est la sentinelle de notre environnement. L'émergence des maladies atopiques témoigne du **stress immunitaire** de nos organismes face aux changements profonds survenus dans notre environnement et justifie la mise en œuvre de plans de santé dédiés.

Contexte : pollution de l'air

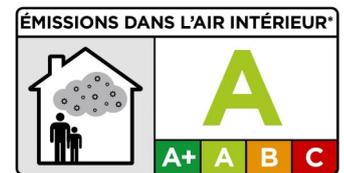
Pollution de l'air extérieur

La qualité de l'air extérieur s'est dégradée en 2011. Le bilan annuel de la qualité de l'air rendu public par le ministère de l'Écologie, du Développement durable et de l'Énergie montre un accroissement de la pollution liée aux particules fines, notamment dans les zones urbaines ou à proximité des axes routiers. 12 millions de Français sont aujourd'hui exposés à un niveau élevé de particules fines dans l'air selon les seuils d'évaluation définis par les directives européennes. Toutes les études tendent à le démontrer : la pollution liée aux particules diesel et COV (composés organiques volatils) induit une bascule du système immunitaire et joue le rôle adjuvant de la sensibilisation et de l'allergie. Les polluants atmosphériques interviennent également dans les réactions de type asthme par l'hyperréactivité bronchique non spécifique que certains induisent. Près de 30 % de la population française souffre ainsi de difficultés respiratoires dont 50 000 sont atteints d'une insuffisance respiratoire grave. L'environnement extérieur jouerait un rôle majeur dans le développement des maladies respiratoires d'origine allergique [3].



Pollution de l'air intérieur

À la différence de la pollution de l'air extérieur, plus médiatisée, celle de l'air intérieur est restée relativement méconnue jusqu'au début des années 2000. Pourtant, nous passons en moyenne 85 % de notre temps dans des environnements clos : habitat, locaux de travail ou destinés à recevoir du public, moyens de transport. Depuis quelques années, une attention croissante est portée à la pollution intérieure, avec en particulier la création par les pouvoirs publics, en 2001, de l'Observatoire de la Qualité de l'Air Intérieur (OQAI).



La pollution intérieure est multiforme, liée aux caractéristiques des bâtiments et aux habitudes de vie des occupants. La qualité de l'air intérieur que ce soit pour la contamination biologique ou chimique, dépend des sources de pollutions intérieure et extérieure, des conditions de ventilation et du renouvellement de l'air dans les espaces clos [4].

La qualité de l'air intérieur s'est considérablement modifiée au cours de ces dernières décennies en miroir de nos conditions d'habitat. Les contaminants microbiologiques sont nombreux : moisissures, acariens, epithelia animaux, blattes, bactéries...

Les acariens prolifèrent dans les literies avec une température optimale pour leur développement de 27°C, une humidité relative de 70 % et la présence de nourriture (squames humains). Des mesures simples comme la bonne aération des pièces (2 x 15 minutes/jour), l'utilisation de housses anti-acariens pour les oreillers et le matelas, l'aspiration et le lavage en machine du linge de literie permettent d'endiguer leur prolifération et d'éliminer les allergènes que sont leurs déjections dans nos lits.

Les moisissures sont également un sujet de préoccupation. Elles peuvent être responsables d'infections chez les sujets immunodéprimés, de réactions allergiques, irritatives voire toxiques. Elles libèrent des composés organiques volatils (COV) responsables de l'odeur de moisi et des mycotoxines. En France, 37 % des logements présenteraient une contamination fongique. Le terreau des plantes vertes est un excellent milieu de culture pour les moisissures.

De nouveaux animaux de compagnie (NAC) comme lapins, rats, furets, reptiles, ... vivent maintenant dans nos habitations induisant de nouveaux risques d'allergie domestique.

Certains polluants chimiques jouent un rôle d'inducteur de l'allergie comme les COV libérés par les matériaux d'ameublement, les particules de suie... Ainsi, il a été montré que les travaux de rénovation (peintures, revêtements de sol et nouveaux meubles), souvent entrepris par les parents lors d'une grossesse, favorisaient la bascule du système immunitaire dans le sens de l'allergie chez les nouveau-nés [5].

PNSE

En France la stratégie concernant la qualité de l'environnement et de la santé est décrite dans les Plans Nationaux Santé Environnement (PNSE). Dès le premier plan (PNSE 1 2004-2008), les allergies et l'augmentation de leur prévalence étaient un thème traité avec une action visant à « améliorer l'information sur la prévention de l'asthme et des allergies », ou encore avec un objectif de « déterminer la contribution de l'air intérieur à l'augmentation de l'asthme et des allergies respiratoires ». « Prévenir les allergies » était un objectif affiché du PNSE 2 (2009-2013) dans le cadre notamment de la protection de la santé des personnes vulnérables du fait de leur état de santé. Le thème continue à être au cœur du PNSE 3 (2015-2019) et est décliné selon différentes actions dont la n°8 qui vise à « renforcer la surveillance, les prévisions et l'information sur les concentrations de pollens et de moisissures allergisantes dans l'air extérieur ».



S'agissant de l'air intérieur, c'est maintenant le plan dédié (Plan de la Qualité de l'Air Intérieur - PQAI) publié en octobre 2013 qui décline les actions propres à ce milieu dont « faire un état des connaissances sur l'exposition aux moisissures ».

Allergies respiratoires

Données épidémiologiques

Les allergies respiratoires sont fréquentes et leur impact socio-économique important. On estime que 20 à 30 % des Français présentent une allergie respiratoire, qu'il s'agisse d'asthme ou de rhinite allergique. Ces maladies ne touchaient que 3,8 % de la population en 1968 [6]. L'asthme est la maladie chronique la plus fréquente chez l'enfant. Trois quarts des sujets ont leur première crise d'asthme avant l'âge de 20 ans.

Les sphères nasale et bronchique présentent beaucoup de similitudes conduisant à parler d'unicité des voies aériennes. Le nez est la porte d'entrée des bronches. La rhinite peut évoluer vers un asthme et mérite toute l'attention du clinicien. L'asthme est une maladie inflammatoire des bronches responsable d'une hyperréactivité qui mène à des épisodes récurrents de sifflement, essoufflement, oppression respiratoire et toux [7].

Les principaux allergènes responsables d'allergie respiratoire sont les pollens, les acariens, les moisissures, les epithelia d'animaux. Les effets de la pollution atmosphérique sur l'asthme sont bien établis. Le traitement des allergies respiratoires consiste en l'éviction de l'allergène si cela est possible et la prise de médicaments pour traiter les symptômes. Le traitement étiologique des allergies respiratoires est la désensibilisation ou immunothérapie qui consiste en l'administration croissante de l'allergène par voie sous-cutanée ou sublinguale dans l'objectif de rétablir la tolérance du système immunitaire vis-à-vis de l'allergène et d'éviter de nouvelles sensibilisations.

Prévalence de l'asthme en Lorraine

En faisant l'hypothèse d'une prévalence de l'asthme en Lorraine conforme aux résultats des enquêtes nationales, on peut estimer le nombre d'asthmatiques adultes à 136 000 (7,1 % selon l'enquête santé et protection sociale de 2012 [8]) et le nombre d'enfants asthmatiques à 41 000 (10 % selon les enquêtes nationales sur la santé des élèves de CM2 de 2007-2008 [9] et des élèves de 3ème en 2008-2009 [10]), soit un total de 177 000 Lorrains. Au 31 décembre 2013, 3 496 Lorrains étaient atteints d'un asthme dont la sévérité justifiait des soins couverts par une affection de longue durée (ALD) (source CnamTS, MSA, RSI).

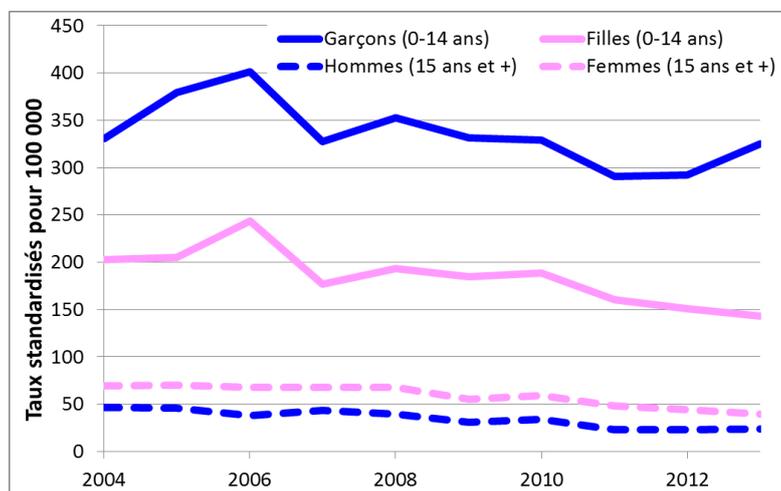
En 2013, on enregistrait 1 581 séjours de patients lorrains dans les hôpitaux français pour asthme. Ces séjours ont été effectués par 1 383 patients, dont 1 073 étaient des nouveaux patients n'ayant jamais été hospitalisés pour asthme depuis 2004.

En 2013, le taux comparatif d'hospitalisation pour asthme est plus élevé chez les enfants de moins de 15 ans (325 pour 100 000 chez les garçons et 143 pour 100 000 chez les filles) que chez les adultes de 15 ans ou plus (24 pour 100 000 chez les hommes et 40 pour 100 000 chez les femmes). Au cours de la période 2004-2013, on observe une tendance à la baisse des taux comparatifs d'hospitalisation pour asthme, contrairement à ce qui est observé au niveau national [11].

Les séjours hospitaliers pour asthme sont identifiés dans le PMSI¹ à partir du diagnostic principal ou du diagnostic associé lorsque le diagnostic principal est une insuffisance respiratoire aiguë. Les codes de la 10ème classification internationale des maladies CIM 10 retenus sont J45 et J46 pour l'asthme et J960 pour l'insuffisance respiratoire aiguë.

Les chiffres présentés ici concernent tous les asthmes qu'ils soient d'origine allergique ou non. La prévalence de cette origine allergique dans l'asthme n'est pas toujours bien connue mais elle est variable selon les âges et semble être plus élevée chez les plus jeunes : certains indiquent que, chez les enfants, 95 % des asthmes seraient d'origine atopique et 70 à 80 % chez les adultes [12]. Au cours d'une étude menée chez des enfants de 9-10 ans dans les écoles de 6 villes françaises, des tests cutanés aux allergènes ont été menés et ont permis de classer environ 61 % des asthmes comme allergiques (positivité à au moins un allergène) [13].

Evolution des taux comparatifs de séjours hospitaliers pour asthme effectués par des Lorrains



En 2008-2013, on observe d'importantes variations saisonnières du nombre d'hospitalisations de Lorrains pour asthme mais celles-ci étant plus élevées à la fin de l'année qu'en été. Septembre et octobre sont les mois où les séjours pour asthme sont les plus nombreux (respectivement 183 et 195 séjours en moyenne) alors que le nombre minimum d'hospitalisations est observé en août (86 en moyenne). Ces variations saisonnières sont particulièrement importantes avant 15 ans, avec un nombre d'hospitalisations presque 3 fois plus important en septembre qu'en août. Chez les personnes âgées de 65 ans ou plus, les hospitalisations sont plus fréquentes en début d'année, avec un nombre d'hospitalisations deux fois plus élevé en mars qu'en août.

¹: PMSI : programme médicalisé des systèmes d'information

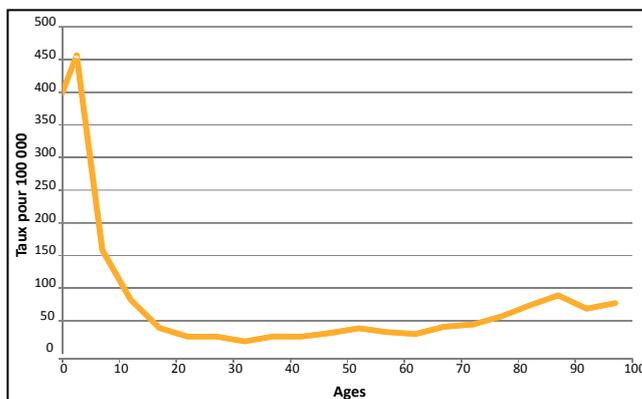
Allergies respiratoires

Données épidémiologiques (suite)

Après standardisation sur la population française de 2006, le taux de séjours hospitaliers pour asthme est égal à 70 pour 100 000 en Lorraine en 2011-2013.

Les taux spécifiques sont de 399 pour 100 000 chez les enfants de moins d'un an et de 457 pour 100 000 entre 1 et 4 ans. A partir de 5 ans, ces taux baissent fortement pour atteindre un minimum de 18 pour 100 000 entre 30 et 34 ans. Ils remontent à partir de 65 ans jusqu'à 89 pour 100 000 chez les personnes âgées de 85 à 89 ans. Les enfants de moins de 15 ans représentent 58 % des patients hospitalisés pour asthme en Lorraine au cours de cette période.

Taux de séjours hospitaliers pour asthme par tranche d'âge quinquennale – Lorrains en 2011-2013



Source : ATIH (PMSI)

En 2011, en tenant compte uniquement des causes initiales de décès indiquées sur les certificats de décès, on a enregistré 45 décès par asthme en Lorraine, soit 2 décès pour 100 000 habitants. Lorsqu'on prend également en compte les décès pour lesquels l'asthme figure en tant que cause associée au décès ou en tant que comorbidité, on enregistre 142 décès liés à l'asthme, soit 6 décès pour 100 000 habitants (source CépiDc - Inserm).

L'observatoire des pollens

Le Laboratoire d'Hydrologie et Climatologie Médicales de la Faculté de Médecine de Nancy, le Jardin Botanique du Montet et la Communauté Urbaine du Grand Nancy construisent l'« Observatoire des Pollens », en partenariat avec le Réseau National de Surveillance Aérobiologique (RNSA), Air Lorraine et l'Agence Régionale de Santé (ARS). L'ORSAS-Lorraine a récemment participé à une réunion sur la mise en œuvre et les enjeux du projet d'observatoire en Lorraine.

L'objectif est d'informer les professionnels de santé (médecins généralistes, allergologues, pharmaciens) et les personnes allergiques de la situation pollinique, et prévenir les réactions allergiques par des conseils comportementaux et médicamenteux.

Depuis 1986, une veille aérobiologique est réalisée à Nancy. Elle consiste en l'identification des pollens allergènes récoltés par un capteur situé Tour Marcel Brot. Ces comptes polliniques mesurent quantitativement le nombre de grains par m³ d'air sur une semaine de février à octobre. Ces informations sont diffusées sur le site du RNSA (<http://www.pollens.fr>).

Depuis avril 2014, une veille phénologique a été mise en place au Jardin Botanique du Montet. Elle consiste en l'étude des variations saisonnières, de la croissance et du développement des plantes. La pollinisation des espèces émettrices de pollens allergisants est observée.

Une liste de 23 espèces végétales sources d'allergie et correspondant à la phytogéographie Lorraine a été établie par les allergologues et les botanistes du Jardin Botanique du Montet.

L'épanouissement des fleurs est surveillé une à deux fois par semaine selon la saison : la première émission de pollens de la première fleur détermine le début officiel de la pollinisation de l'espèce, la dernière émission de la dernière fleur la fin officielle de la pollinisation. Les dates précises sont relevées pour chaque espèce.

La diffusion des informations de veille phénologique issues de « l'Observatoire des pollens » sera assurée par Air Lorraine, sur le site internet (<http://www.air-lorraine.org>) et par mails aux personnes abonnées. Elle se fera sous le format d'information : observation du jour, prévision pour les jours à venir, conseils de comportement à suivre.



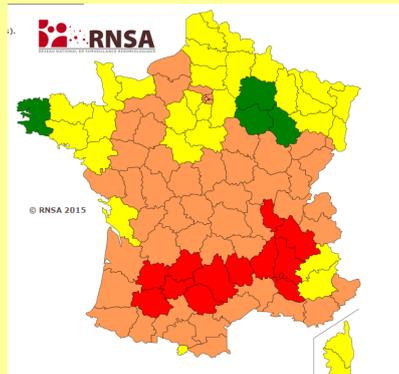
Saule marsault



Noisetier commun



Ambrosie à feuille d'Armoise



Carte du RNSA de vigilance des pollens

Allergies alimentaires

Qu'est-ce que l'allergie alimentaire ?

L'augmentation des allergies alimentaires est un problème majeur en santé publique. On estime que 4 % des adultes et 8 % des enfants présentent aujourd'hui une allergie alimentaire [14]. Même si les connaissances sur ces allergies et les aliments en cause sont de plus en plus nombreuses, les allergies alimentaires restent une question complexe. Le Programme National Nutrition Santé (PNNS, lancé en 2001) a fait de la limitation de la survenue d'allergies alimentaires l'un de ses objectifs. L'actuel programme 2011-2015 comporte l'action 11 « Développer une communication actualisée sur les repères nutritionnels du PNNS et des outils adaptés à des publics spécifiques ; informer sur les relations entre nutrition et pathologies par : (11.3) la sensibilisation des professionnels sur l'allergie alimentaire » [15].

L'allergie alimentaire est une **réaction d'hypersensibilité immunologique** secondaire à l'exposition à un aliment auquel la personne est allergique. Sa définition est clarifiée par la nouvelle nomenclature publiée aux Etats-Unis, distinguant les réactions IgE-dépendantes (anaphylactiques) qui mettent en jeu les anticorps de l'allergie que l'on appelle immunoglobulines E spécifiques (IgEs), les réactions mixtes comme la dermatite atopique, non IgE-dépendantes comme les colites induites par les protéines alimentaires et cellulaires comme l'eczéma de contact [16].

L'allergie alimentaire se distingue de ce que l'on appelle l'**intolérance** aux aliments qui ne met pas en jeu le système immunitaire mais des mécanismes métaboliques, toxiques, pharmacologiques ou autre. C'est le cas par exemple de l'intolérance au lactose liée à un déficit enzymatique en lactase.

Dans les pays industrialisés, la prévalence de l'allergie alimentaire est estimée à 5 % chez l'adulte et à 8 % chez l'enfant [17]. En France, elle était de 3,2 % chez l'adulte et de 4,7 % chez l'enfant en 2001 [18].

L'allergie alimentaire peut s'exprimer de différentes façons. Les manifestations peuvent être généralisées (choc anaphylactique) ou avoir pour cible des organes comme la peau (dermatite atopique, urticaire, angiooedème, conjonctivite), le système respiratoire (asthme, rhinite, œdème laryngé), le tube digestif (régurgitations, vomissements, constipation, diarrhée, malabsorption) ou plusieurs organes simultanément. Les réactions aiguës surviennent le plus souvent dans les 2 heures qui suivent l'ingestion de l'aliment. Les réactions retardées surviennent dans les 24 à 72 heures après la prise de l'aliment qui est consommé le plus souvent de façon itérative et plus difficile à identifier (dermatite atopique, reflux gastro-œsophagien, œsophagite, gastroentérite à éosinophiles, ...). L'allergie alimentaire peut être responsable de réactions à haut risque « les **urgences allergiques** » que sont l'asthme aigu grave, le choc anaphylactique et l'œdème laryngé [19].

Le diagnostic de l'allergie alimentaire repose sur la réalisation d'un bilan allergologique. Après avoir précisé les manifestations et leurs circonstances de survenue, l'allergologue réalise des tests cutanés voire un test d'éviction et/ou de réintroduction pour identifier l'aliment en cause.

Le traitement de l'allergie alimentaire consiste en la mise en place d'un régime d'éviction de l'aliment incriminé. Il est aujourd'hui recommandé de ne pas maintenir cette éviction trop longtemps et d'envisager ce que l'on appelle un protocole d'accoutumance à l'aliment qui correspond à une « désensibilisation » par voie orale [20]. Chez les personnes à haut risque allergique, il est essentiel de prescrire une trousse d'urgence contenant de l'adrénaline auto-injectable et d'expliquer à la personne allergique et à son entourage les modalités de son utilisation qui sont référencées dans un document que l'on appelle **protocole de soins et d'urgence**. En 1993, la circulaire 93-248 intitulée « accueil des enfants et des adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période dans les établissements d'enseignements publics et privés sous contrat des premier et second degré » a été publiée. Son objectif est l'intégration des enfants porteurs des maladies chroniques en milieu scolaire. Elle propose la mise en place d'un document écrit : le **projet d'accueil individualisé (PAI)**. Les premiers PAI pour les élèves scolarisés allergiques ont été mis en place dès 1995 [21]. En 2002, le taux moyen de PAI était estimé à 1 pour 1 538 élèves scolarisés en France [22]. Ce taux a été multiplié par 7,5 en 12 ans en Lorraine. Pour l'année scolaire 2013-2014, 528 PAI ont été mis en place de la maternelle au lycée et 1 598 ont été renouvelés, soit au total 2 126 PAI, 20 % de plus qu'en 2010-2011.



Étiquetage et voyages à l'étranger : résultats d'enquête

La pierre angulaire du traitement d'une allergie alimentaire évolutive est le régime d'éviction. Afin de limiter le risque d'accidents allergiques et de mieux informer les consommateurs dans leurs choix alimentaires, les régulateurs ont publié des textes concernant l'étiquetage obligatoire des allergènes majeurs. En Europe, 14 ingrédients allergènes sont à déclaration obligatoire sur les étiquettes: Blé, œuf, lait, arachide, poisson, crustacés, soja, fruits à coque, sésame, mollusques, moutarde, céleri, lupin et sulfites [23]. Au niveau international, les réglementations sur l'étiquetage diffèrent tant dans la nature que dans le nombre des allergènes à déclaration obligatoire selon les pays (8 aux États-Unis et la Chine, 5 au Japon, etc.) [24].

L'étude que nous avons menée avait pour but d'évaluer l'impact de l'allergie alimentaire sur la décision, l'organisation et le déroulement d'un séjour à l'étranger de la personne allergique. L'enquête a été réalisée par un questionnaire, mis en ligne du 1/10 au 15/12/2014 sur le site de l'ORSAS-Lorraine et les associations Française et Belge pour la prévention des allergies et diffusé par les réseaux sociaux. Le questionnaire auto-administré comprenait 45 questions et portait sur le profil des personnes allergiques, leurs allergies, leur comportement vis-à-vis du voyage, les mesures prises concernant leur allergie, les difficultés rencontrées ainsi que les accidents allergiques survenus lors du voyage ou du séjour à l'étranger.

Cent deux personnes allergiques ont répondu au questionnaire (62 femmes / 40 hommes, âge : 20,3 ± 14,6 ans). Les allergies alimentaires étaient potentiellement à risque vital chez 82 % des répondants (grade 3 et 4 de la classification de Astier *et al.*) [25]. Au cours des 5 dernières années, 21 répondants n'ont pas voyagé à l'étranger dont 14 à cause de leur allergie alimentaire. Parmi les 81 personnes allergiques qui ont voyagé, 52 ont recherché des informations pour le voyage dont seulement 14 % auprès des professionnels de santé et 85 % avaient emporté leur trousse d'urgence lors du voyage. Quarante-sept pour cent des répondants ne connaissent pas la liste des allergènes à déclaration obligatoire dans l'Union Européenne et 70 % ne connaissent pas cette liste dans le pays qu'ils ont visité. La traduction de l'allergène dans la langue du pays visité n'était connue que par 22 % des voyageurs. Parmi les personnes allergiques ayant effectué des voyages (81) 49 % rapportent un sentiment d'anxiété et 46 % un sentiment de peur. Des difficultés liées à l'alimentation dans les restaurants sont rapportés par 52 répondants (65 %). Des réactions allergiques sont survenues chez 24 répondants (30 % dont 50 % d'entre elles hors Union Européenne). Deux accidents ont eu lieu à bord d'un avion.

En conclusion, cette étude montre que l'allergie alimentaire a un impact sur la décision, l'organisation et le déroulement d'un séjour à l'étranger chez la personne allergique : 14 % des personnes allergiques se sont privés de voyage en raison de leur allergie alimentaire, 65 % ont exprimé des difficultés liées à leur alimentation au restaurant et, ce qui est le plus inquiétant, est qu'un voyageur allergique sur 3 a présenté une réaction allergique lors d'un voyage à l'étranger. La recherche d'informations a été majoritairement faite auprès de sources non professionnelles et les répondants étaient peu informés des législations en vigueur pour l'étiquetage des allergènes. Cette étude souligne la nécessité d'harmoniser l'étiquetage des allergènes au niveau international, d'informer et d'éduquer les personnes présentant une allergie alimentaire et leur permettre d'acquérir les compétences d'auto-gestion de leur maladie à l'étranger.

L'éducation thérapeutique du patient

ETP, école de l'atopie

L'éducation thérapeutique du patient fait partie intégrante de la démarche de soin de la personne allergique. Elle vise à l'acquisition de compétences d'auto-gestion de la maladie par le patient et son entourage et à une meilleure qualité de vie [26].

Les programmes d'éducation thérapeutique sont animés par une équipe pluridisciplinaire (allergologues, infirmiers, diététiciens, psychologues, conseillers médicaux en environnement, kinésithérapeutes) ayant au préalable bénéficiée d'une formation pédagogique. L'éducation thérapeutique change le sens de l'activité soignante au-delà de la relation de prescription. Il existe deux dimensions de l'éducation : l'une destinée à rendre le patient compétent dans la gestion de sa maladie et l'autre destinée à l'aider à vivre avec sa maladie, à y faire face, à gérer son stress, son anxiété, à conserver et même enrichir sa vie personnelle et sociale avec des méthodes d'investigations empruntées aux sciences humaines. Au-delà de la reconnaissance des savoirs du patient à usage personnel, il devient aussi acteur de la santé (patient expert, usager-formateur, patient ressource, patient-éducateur) [27].

La réaction allergique peut survenir dans toutes les situations de la vie que ce soit au domicile, à l'école, au travail ou en vacances. La personne allergique et son entourage familial et sociétal doivent apprendre à gérer les symptômes de la maladie en utilisant les traitements adaptés selon la situation (médicaments de l'asthme, de l'urgence allergique, de l'eczéma, ...). Pour prévenir l'apparition de réactions allergiques, il est essentiel d'apprendre à maîtriser l'environnement allergénique. L'éducation thérapeutique de la personne atopique et de son entourage vise à la rendre autonome tant dans la prévention de la maladie que dans le traitement des réactions qui peuvent être potentiellement graves et d'évolution rapide [28].

L'acquisition des compétences d'auto-soins justifie la mise en place d'une dynamique d'éducation thérapeutique personnalisée centrée sur les manifestations de la maladie et les allergènes auxquels la personne est allergique. La personne allergique doit savoir identifier et éviter l'agent responsable de l'allergie, reconnaître les manifestations cliniques de l'allergie et savoir les traiter.

En ce qui concerne les maladies atopiques, l'éducation du patient est complexe puisque d'une part les manifestations cliniques sont variées (dermatite atopique, troubles digestifs, rhinoconjonctivite, asthme, urticaire, angio-œdème, choc anaphylactique), isolées ou associées et d'autre part les allergènes également sont variés (allergènes aéroportés et alimentaires) et le plus souvent multiples.

C'est ce qui justifie la création d'une structure éducative dédiée appelée l'**École de l'Atopie**. Située dans l'enceinte de l'hôpital, il s'agit d'un lieu de rencontre et d'échange entre patients et professionnels autour du vécu de la pathologie, les risques et les conseils pour mieux vivre au quotidien.

L'éducation thérapeutique du patient

L'espace thermal, un espace idéal pour l'éducation thérapeutique du patient

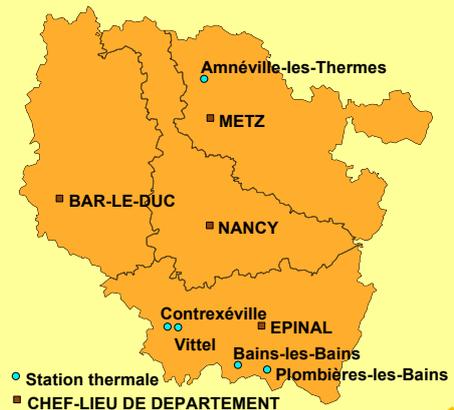
L'espace thermal par la qualité de l'environnement qu'il propose est idéal pour la mise en œuvre des actions éducatives [29].

L'intervention de différents professionnels de santé (médecins, infirmiers, diététiciens, kinésithérapeutes, sophrologues, etc.) en station thermale constitue un atout majeur pour créer la pluridisciplinarité des actions éducatives pour une prise en charge holistique du patient. Un large éventail d'actions préventives, informatives et éducatives est développé par les stations thermales pour l'asthme ou la dermatite atopique.

La cure thermale offre l'espace temporel et spatial pour la mise en œuvre de différentes actions comme le coaching sportif, les ateliers diététiques. La gestion du stress qui se définit comme étant l'ensemble des réponses de l'organisme soumis à des pressions et contraintes de la part de son environnement est importante dans ces maladies expliquant la mise en place d'ateliers de relaxation et de sophrologie.

Les études sur l'apprentissage, les compétences, les nouveaux rôles du patient dans l'alliance thérapeutique se développent. La médecine thermale par sa longue implication dans les actions d'éducation pour la santé et sa multidisciplinarité prend toute sa place dans cette dynamique qui place le patient comme acteur de santé dans la dimension biopsychosociale (physique, psychique et sociale).

En alliant la pratique thermale ancestrale à l'approche thérapeutique moderne que constitue la démarche d'éducation thérapeutique, la Lorraine, par la richesse et la diversité de son patrimoine thermal, occupe une place privilégiée pour le développement de ces actions de santé.



Conclusion

Les maladies allergiques constituent un enjeu majeur de santé publique. La déclaration écrite présentée le 21 octobre 2013 au Parlement européen sur la reconnaissance des contraintes associées aux allergies encourage la coopération et la coordination des Etats membres de l'Europe en vue de promouvoir des programmes nationaux de lutte contre les allergies visant à diminuer les contraintes associées et les inégalités que ces maladies génèrent sur le plan de la Santé [30].

Le modèle actuel de prise en charge des maladies allergiques est fondé sur la seule expertise du médecin spécialiste en allergologie. Ce modèle est devenu irréaliste face à l'augmentation de ces pathologies et la nécessité de former tous les acteurs de la société à la gestion de cette pandémie qu'ils soient professionnels de santé, professionnels de l'éducation, de la restauration ou des parcs et espaces verts, ... La réaction allergique peut survenir en tous lieux et toutes circonstances lors de l'exposition à l'allergène. Ceci justifie des stratégies préventives d'éviction des allergènes, de maîtrise des facteurs favorisants comme la pollution atmosphérique et l'appropriation du traitement de l'urgence allergique par des professionnels non soignants.

La médecine hospitalière ne peut pas à elle seule répondre aux besoins nouveaux inhérents à l'émergence de ces maladies. Il convient d'imaginer de nouvelles organisations de santé permettant un maillage de prise en charge efficient en créant lien et synergie entre le système de soins primaires et médecins experts en allergologie [31]. La réflexion doit se faire tant au niveau de la formation des professionnels que de l'organisation du dispositif de santé en y associant l'ensemble de la communauté. Ce contexte est porteur d'enjeux et de défis incitant à la réflexion sur des transferts de compétences avec les collaborateurs médicaux naturels que sont les infirmiers et plaide pour l'utilisation optimale des ressources et des forces de travail en santé, pour assurer une qualité et sécurité des soins optimales aux patients porteurs d'allergie sur l'ensemble du territoire [32]. Le défi réside dans la promotion d'une vision non segmentée des prises en charge avec, pour objectif, l'adaptation de l'individu à son environnement. Nous sommes conviés à réfléchir sur des pratiques novatrices dans une vision globale soignante et sociétale. Pour trouver des solutions pérennes au défi lié à l'environnement, il convient d'impliquer tous les acteurs : professionnels de santé, patients, politiques et économistes.

La rédaction de ce bulletin est le fruit d'un travail collaboratif entre l'ORSAS-Lorraine et une équipe hospitalo-universitaire dirigée par Gisèle Kanny, professeure en Médecine Interne, Immunologie Clinique et Allergologie. Avec Mesdames Dominique Dano, doctorante en nutrition et diététique et Marielle Gregori, technicienne au laboratoire d'Hydrologie et Climatologie Médicales et coordinatrice du projet Observatoire des pollens. En les remerciant de leur participation et de leur expertise.

Billet d'humeur

S'il existe autant d'interrogations sur la constatation de l'augmentation des allergies ces dernières années, sur l'expression unique ou plurielle d'un phénomène allergique ; c'est peut-être parce que nous commençons seulement à nous poser les questions sur l'impact des changements de style de vie et d'environnement dans cette responsabilité ? Longtemps la théorie immunologique a marqué sa référence tant pour les professionnels que pour les allergiques : une défense du « soi » contre le « non soi ». Pourtant cette démarche est trop limitée dans sa compréhension des enjeux allergiques. Depuis, Coca et Cooke en 1923 en étant les précurseurs, les recherches épidémiologiques (notamment et récemment les études European Comity Respiratory Health Survey (ECRHS) et International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) nous montrent un continuum dans les manifestations atopiques¹ [33] nommé aussi « marche atopique » ; et permettent d'améliorer la connaissance et la reconnaissance des maladies allergiques. Nous avons déjà eu l'occasion ici de signaler le besoin de reconnaître et d'accompagner l'expertise des démarches d'épidémiologie profanes, nous n'y reviendrons pas, si ce n'est pour souligner tout l'intérêt de l'écoute dans le cas particulier de ces maladies : il suffit d'observer que l'incidence des allergies qui a augmenté dans toute l'Europe entière, n'a pas augmenté identiquement entre les pays de l'est et de l'ouest européen (par exemple l'étude ISAAC a constaté une prévalence déclarée moyenne annuelle de 11,5 % de symptômes asthmatiques en Europe, mais ce taux varie de 2,6 % en Albanie à 32,2 % au Royaume-Uni. C'est dans cette difficulté à interpréter ces disparités géographiques qu'il nous faut aussi travailler davantage.

Enfin comme le rappelait Christian Martens dans son mémoire de philosophie pratique, spécialité « éthique médicale et hospitalière », l'allergique nous oblige à repenser notre rapport au monde et nos intersubjectivités² [34], car si nous (allergiques et non allergiques) vivons dans le même espace nous ne partageons pas le même monde³ [35], et comprendre l'allergie, c'est améliorer notre connaissance de notre environnement, car l'allergique nous rappelle instamment que nous sommes en interaction constante avec celui-ci.

¹ Coca et Cooke ont proposé en 1923 : atopie du grec a ;sans, et topos lieu : qui serait donc sans localisation...

² « le pluralisme mord trop profondément. L'univers est un plurivers, il y a un monde, un plurivers à composer » M. Heidegger-Essai et conférences- Bâtit, habiter, penser- 1958

³ Un monde commun n'existe pas, s'il est « comme-un » il est irréal – Fukushima « du commun au comm-un » Nouvelles politiques de l'agir à plusieurs-2011

Notes bibliographiques

- [1] Académie Européenne d'Allergie et d'Immunologie Clinique (EAACI). <http://www.eaaci.org/attachments/131119%20EAACI%20Allergens%20Brochure%20FRANCES.pdf> [Consulté en mai 2015] [2] Allergienet.com. le site de toutes les allergies. <http://www.allergienet.com/allergie-maladie-siecle/> [Consulté en mai 2015] [3] Allergies respiratoires <http://allergiesrespiratoiresagir.org/rub/tout-savoir-sur-les-allergies-respiratoires/> [Consulté en mai 2015] [4] Dassonville C, Mandin C, Kirchner S. Pollutions à l'intérieur des espaces clos : sources, niveaux et impact sanitaire. Volet 1 : contaminants biologiques. Arch Mal Prof Env. 2014;75:433-41 [5] Herberth G, Herzog T, Hinz D, Röfer S, Schilde M, Sack U, et al. Renovation activities during pregnancy induce a Th2 shift in fetal but not in maternal immune system. Int J Hyg Env Health. 2013;216:309-16 [6] Ring, J., Krämer, U., Schäfer, T., & Behrendt, H. Why are allergies increasing?. Current opinion in immunology, 2001, 13(6), 701-708. [7] Global initiative for asthma (GINA). <http://www.ginasthma.org/> [Consulté en mai 2015] [8] Celant N, Guillaume S, Rochereau, Irdes, juin 2014. <http://www.irdes.fr/recherche/rapports/556-enquete-sur-la-sante-et-la-protection-sociale-2012.pdf> [Consulté en mai 2015] [9] Chardon O, et al. La santé des élèves de CM2 en 2007-2008, Etudes et résultats n°853, DREES, septembre 2013. <http://www.drees.sante.gouv.fr/la-sante-des-eleves-de-cm2-en-2007-2008.11196.html> [Consulté en mai 2015] [10] Chardon O, et al. La santé des élèves de 3^{ème} en 2008-2009, Etudes et résultats n°865, DREES, février 2014. <http://www.drees.sante.gouv.fr/la-sante-des-adolescents-scolarises-en-classe-de-troisieme.11247.html> [Consulté en mai 2015] [11] InVS. *Surveillance épidémiologique de l'asthme en France*. Publié le 21 mars 2011, mis à jour le 15 janvier 2015. Disponible sur <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Asthme/Surveillance-epidemiologique-de-l-asthme-en-France> [Consulté en mai 2015] [12] Programme d'actions, de prévention et de prise en charge de l'asthme. 2002-2005. <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/asthme.pdf> [Consulté en mai 2015] [13] Annesi-Maesano I, Hulin M, Lavaud F, Raheison C, Kopferschmitt C, De Blay F, Charpin DA, Caillaud D. Poor air quality in classrooms related to asthma and rhinitis in primary schoolchildren of the French 6 Cities Study. Thorax. 2012;67(8):682-688 [14] Allerginet.com. <http://www.allerginet.com/allergie-maladie-siecle/> [Consulté en mai 2015] [15] Programme National Nutrition Santé, 2011-2015 http://www.mangerbouger.fr/pro/IMG/pdf/pnns_2011-2015-2.pdf [Consulté en mai 2015] [16] Boyce A. J et al. Guidelines for the Diagnosis and Management of Food Allergy in the United States: Report of the NIAID-Sponsored Expert Panel. J Allergy Clin Immunol. 2010 Dec 1;126(6):S1-58. [17] Sicherer SH, Sampson HA. Food allergy: Epidemiology, pathogenesis, diagnosis, and treatment. J Allergy Clin Immunol. 2014 Feb 1;133(2):291-307.e5. [18] Kanny G, Moneret-Vautrin D-A, Flabbee J, Beaudouin E, Morisset M, Thevenin F. Population study of food allergy in France. J Allergy Clin Immunol. 2001 Jul 1;108(1):133-40. [19] Bernard É, Petit N, Flabbee J, Kanny G. Évaluation du système lorrain de signalement de patients allergiques à haut risque anaphylactique. Rev Fr Allergol. 2014 Jan;54(1):8-15. [20] Jarlot-Chevaux S, Hosotte M, Kanny G. Protocoles de tolérance orale aux aliments : pour qui, pourquoi, comment ? Rev Fr Allergol. 2013 Apr;53(3):243-7. [21] Clerc R. Le haut risque allergique en milieu scolaire: Projet d'accueil individualisé. Rev Fr Allergol Immunol Clin. 1995 May;35(3):289-92. [22] DA Moneret-Vautrin, MC Morano, G. Kanny, M. Morisset, E. Beaudouin, L. Parisot, A. Croisier, R. Hatahet. Le projet d'accueil individualisé (PAI) pour urgence allergique. Situation en France métropolitaine et dans les Dom-Tom en 2002. Press Med. 2003;32:63-6. [23] Regulation (EU) No 1169/2011 of the European parliament and of the council of 25 October 2011 on the provision of food information to consumers, amending Regulations (EC) No 1924/2006 and (EC) No 1925/2006 of the European Parliament and of the Council, and repealing Commission Directive 87/250/EEC, Council Directive 90/496/EEC, Commission Directive 1999/10/EC, Directive 2000/13/EC of the European Parliament and of the Council, Commission Directives 2002/67/EC and 2008/5/EC and Commission Regulation (EC) No 608/2004. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32011R1169&from=EN> [Consulté en mai 2015] [24] Gendel SM. Comparison of international food allergen labeling regulations. Regul Toxicol Pharmacol. 2012 Jul;63(2):279-85 [25] Astier C, Morisset M, Roitel O, Codreanu F, Jacquenet S, Franck P, et al. Predictive value of skin prick tests using recombinant allergens for diagnosis of peanut allergy. J Allergy Clin Immunol. 2006 Jul;118(1):250-6 [26] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, article 1161-1 CSP. [27] Jouet E, Flora L, Las Vergnas O. Enjeux et prise en compte des savoirs apportés par les malades. EMC - Savoir et soins infirmiers. 2010;8:1-8. [28] Lykowski V, Trompette J, Dropsy S, Vaxelaire S, Claudot F, Kanny G. Le rôle de l'infirmier en éducation thérapeutique des patients à haut risque anaphylactique. Soins. 2011;760:48-50. [29] Kanny G, Boulangé M. La station thermale : un espace idéal pour l'éducation thérapeutique du patient. Press Therm Climat. 2013;150:83-6. [30] Déclaration écrite, au titre de l'article 123 du règlement du Parlement européen, sur la reconnaissance des contraintes associées aux allergies DC\1007295FR.doc. 2013. [31] Danan JL, Boulangé M, Coudane H, Kanny G. De la nécessité d'innover à l'émergence de pratiques innovantes en santé. HEGEL. 2014;4(3):279-86. [32] Danan JL, Guyon G, Dury C, Petit N, Coudane H, Kanny G. Infirmier de pratique avancée en allergologie : quelle formation et quelles compétences ? Rev Fr Allergol. 2015;55:23-30 [33] Cooke A.R et Coca A.F. Sur la classification des phénomènes de l'hypersensibilité. Réunion des immunologistes. 1^{er} mai 1922 [34] Heidegger M. Essai et conférences. Bâtit, habiter, penser.1958 [35] Citton Y, Moulrier Boutang Y, Querriem A, Fukushima. Du commun au comm-un. Nouvelles politiques de l'agir à plusieurs. 2011.

BULLETIN DE L'ORSAS-LORRAINE N° 8 - Mai 2015

OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ ET DES AFFAIRES SOCIALES EN LORRAINE

Directeur de publication : Professeur Michel BOULANGÉ, Président

Comité de rédaction : Michel BONNEFOY, Directeur -

Emilie GARDEUR-ALGOS - Marjorie MICHEL - Claire YESQUE - Laurent CHAMAGNE, chargé(e)s d'études -

Maurice TANGUY, médecin référent en santé publique - Gilles DUMAIT, assistant de recherche