

2013

Hospices Civils de Lyon
PAM de médecine Lyon-Sud
Service d'Immunologie Clinique
et Allergologie

Pr Frédéric BERARD
Pr Jean-François NICOLAS

**[LE SERVICE D'IMMUNOLOGIE
CLINIQUE ET ALLERGOLOGIE DES
HCL, 4 ANS APRES SA CREATION :
CADRE GENERAL ET REFLEXIONS]**

Oullins, le 5 mai 2013

Mesdames, messieurs,

Notre service fête son 4° anniversaire et nous allons bientôt quitter le « vieux bâtiment Dufourt 5F » pour de nouveaux locaux dans le bâtiment Giraud. Le déménagement aura lieu la première semaine de juillet 2013. Vous constaterez que des efforts considérables ont été consentis par l'institution pour nous permettre de travailler enfin dans un service hospitalier du XXI° siècle !

Nous cohabiterons à Giraud avec le service des soins palliatifs. J'espère que ce sera pour nous l'occasion de faire naître de nouveaux projets en collaboration avec nos voisins, en particulier dans le domaine de l'éducation thérapeutique et de l'accompagnement plus global des malades.

Cette mutation m'a incité à écrire ces quelques pages, afin de redéfinir les modalités d'action du service. Il m'a semblé utile de formaliser mon propos dans le contexte supplémentaire du changement d'internes demain matin et aussi de notre journée de formation du 21 mai 2013. En effet lors de cette journée, contrairement aux autres années, nous ne parlerons pas du bilan d'activité annuel par pathologies mais recentrons la formation sur la thématique plus générale du « travail en équipe ».

Je profite enfin de ces quelques lignes pour remercier à nouveau chaque membre de notre groupe pour son implication quotidienne dans le service rendu aux patients. Je sais que le chemin est long, mais vous savez aussi que pour moi, le but c'est justement le chemin.

Cordialement à chacune et chacun.

Frédéric BERARD

LE SERVICE D'IMMUNOLOGIE CLINIQUE ET ALLERGOLOGIE DES HCL, 4 ANS APRES SA CREATION : CADRE GENERAL ET REFLEXIONS

Un peu d'histoire.

L'activité « allergie au médicament » est née en 1998 avec la nomination de Jean-François Nicolas comme professeur d'immunologie clinique dans le service de pneumologie du Pr Yves Pacheco. Jean-François Nicolas a progressivement structuré la thématique avec son dynamisme habituel et la confiance d'Yves Pacheco, et tissé des liens étroits entre la clinique, la recherche (fondamentale et clinique) et l'enseignement, avec des résultats très significatifs (cf tableau infra). Le service d'immunologie clinique et allergologie s'est autonomisé en 2009 lors du départ du service de pneumologie de Dufourt et j'en ai pris la direction. Depuis 4 ans, le recrutement des patients a évolué. Nous sommes aujourd'hui autant dans la démarche diagnostique que dans l'administration de traitements – parfois lourds – à des patients d'horizons divers, souvent fragiles et justifiant ainsi d'une prise en charge transversale. De fait l'arrivée de nos collègues réanimateurs en 2009 nous a permis de monter en puissance, en particulier dans certaines indications de réintroduction à risque.

1999 : Création de l'UF « Allergie aux médicaments » (responsable JF Nicolas) dans le service de pneumologie du CHLS avec 3 UF : consultations, hospitalisation de jour (HJ) et de semaine (HS).

2000 : Création du DESC National « Allergologie et Immunologie Clinique » (coordonnateur régional J.-F. Nicolas). Nous devons ici souligner que l'université Lyon I a accordé sa confiance au projet en permettant d'intégrer les médecins allergologues libéraux dans l'équipe des enseignants (cours et accueil des étudiants en stages formateurs). Ce schéma reste unique à ce jour en France.

2004 : Création de la Coordination d'Allergologie du CHU de Lyon (responsable F. Bérard), qui a permis la validation de bonnes pratiques en allergologie et de renforcer le tissu médical collaboratif ville-hôpital.

2009 : Création du CR 36093 « Allergologie et Immunologie Clinique » (chef de service F. Bérard) au CHLS (10 lits d'HS, 3 places d'HJ, une UF de consultations et une UF d'explorations fonctionnelles allergologiques) auquel sont rattachés l'unité de recherche clinique URCL-LS (Dr Catherine Goujon) et l'allergobiotec (Dr Aurore Rozières).

2009 : Création du centre régional de compétence dans les allergies sévères au médicament (CCR2A), accrédité par l'ARS et dont le QG est localisé au CHLS au sein du service (coordonnateur J.-F. Nicolas). Ce centre est devenu depuis 4 ans le leader national dans la thématique.
<http://allergo.lyon.inserm.fr/ccr2a.htm>

2013 : Création du CIRI-INSERM Unité 1111 (Lyon-Sud/Gerland) à laquelle les médecins du service sont rattachés (équipe 14, J.-F. Nicolas) et dans laquelle ils développent leurs projets de recherches physiopathologiques et translationnels.

Tableau 1 : Principales étapes structurantes de l'activité « Immunologie Clinique et Allergologie » (période 1998-2013)

I- L'organisation du service d'Immunologie Clinique et Allergologie

Préambule

La tête du service fonctionne au quotidien en trinôme. A côté du chef de service, le cadre de santé - **Céline Berion** - et la secrétaire de coordination - **Laure Fabre** - sont responsables de « leurs équipes » mais chacun reste en étroite collaboration avec les deux autres pour que les décisions prises (projets, aléa du quotidien...) gardent cohérence et faisabilité avec un grand principe : **l'entraide** pour maintenir le service rendu aux malades. Ce trinôme s'élargit régulièrement à **Jean-François Nicolas** et **Catherine Goujon** pour décider harmonieusement des stratégies à moyen et long terme pour l'ensemble du groupe.

Organisation générale du service

- Le service est le lieu d'exploration et de traitement de plusieurs types de pathologies :

L'hypersensibilité (HS) au médicament est notre cœur de métier et intéresse plus particulièrement l'hôpital (dans l'objectif de pouvoir utiliser un médicament jugé utile voire indispensable). Dans ce sens, nous sommes identifiés comme centre de recours régional dans l'allergie au médicament depuis 4 ans.

L'hypersensibilité aux aliments et la prise en charge des maladies inflammatoires allergiques et chroniques de la peau intéressent aussi l'hôpital, mais aussi plus particulièrement les collègues libéraux car il s'agit souvent de pathologies chroniques et/ou environnementales difficiles à gérer en ambulatoire.

- L'organisation quotidienne du service est sous la responsabilité du chef de clinique.

Le chef de clinique (CCA) encadre les internes, qui encadrent les externes. C'est aussi le CCA qui donne en dernier recours les instructions à l'équipe soignante. Jean-François Nicolas ou moi-même répondons aux questions du CCA, et nous concertons au besoin avec elle - actuellement Pauline Pralong, puis Florence Hacard à partir de novembre 2013 - pour faire éventuellement évoluer les pratiques. L'organigramme général du service est représenté en page 5.

- Nous fonctionnons avec beaucoup de protocoles. Je vous avoue que je ne sais pas si « beaucoup » veut dire « suffisamment », « pas assez » ou « beaucoup trop ».

Protocoliser les prises en charge a **le mérite d'harmoniser** les pratiques, d'avoir une meilleure traçabilité de ce qui est fait, de former plus rapidement les nouveaux personnels, en particulier les internes qui changent tous les 6 mois, mais aussi les nouveaux paramédicaux qui appliquent les procédures.

Protocoliser les prises en charge a **plusieurs inconvénients :**

- Le protocole limite l'initiative individuelle (on aura l'impression d'avoir tort si on n'a pas suivi le protocole)
- Le protocole favorise l'absence de réflexion des soignants (on doit appliquer, on n'a donc pas besoin de se poser des questions)
- Le protocole ne peut pas s'appliquer à tous les patients (sinon on n'aurait plus besoin de nous). Dans ces cas, la gestion du patient devient très compliquée. De fait si on « viole » le protocole,

on peut induire l'idée que le protocole est peut être faux pour les autres malades. De plus, en référence aux deux points précédents, il faut alors qu'un médecin valide qu'on doit s'écarter de la règle, et cela peut occasionner plusieurs dysfonctionnements :

- Avoir un médecin sous la main peut prendre du temps pour répondre à une question dont la réponse n'engage pas de risque de sévérité immédiat pour le malade. Les médecins sont en effet peu nombreux et priorisent leurs actions, donc pourront être occupés à gérer un évènement qui leur semble plus urgent. Je me permets ici de vous rappeler plus généralement (et pas seulement en ce qui concerne la relation paramédicaux -médecins) que les questions sont toujours intéressantes par définition, mais qu'il faut aussi parfois choisir son moment pour les poser (mon interlocuteur est-il intellectuellement « disponible » ?).
- Dans tous les cas, ces ajustements ne se font pas en 2 minutes, car le bien fondé d'un changement peut parfois justifier une explication en profondeur.
- D'où un retard fréquent de prise en charge du malade dans ces situations (le temps d'avoir validé les nouvelles instructions), ce qui ne pose en général pas de problème insurmontable en HS mais pose un réel problème en HJ ou le temps est souvent compté.

Les protocoles doivent donc évoluer régulièrement, pour que les inconvénients ne deviennent pas supérieurs aux avantages. Je compte sur chaque membre de l'équipe pour nous aider à **simplifier** ces protocoles. A mon avis, notre question commune devrait être « **que devons nous garder d'indispensable dans le protocole ?** » et se débarrasser du reste, avec l'idée d'**assouplir la prise en charge** (nous essayons avec Céline Bérion, depuis 5 ans et vous avez bien constaté que nous sommes très loin de la perfection).

- **La réunion des entrants a été créée pour optimiser la prise en charge des malades : elle se déroule le mardi à 13h30 et a pour objectif de préparer les dossiers des patients qui seront hospitalisés deux semaines plus tard.**

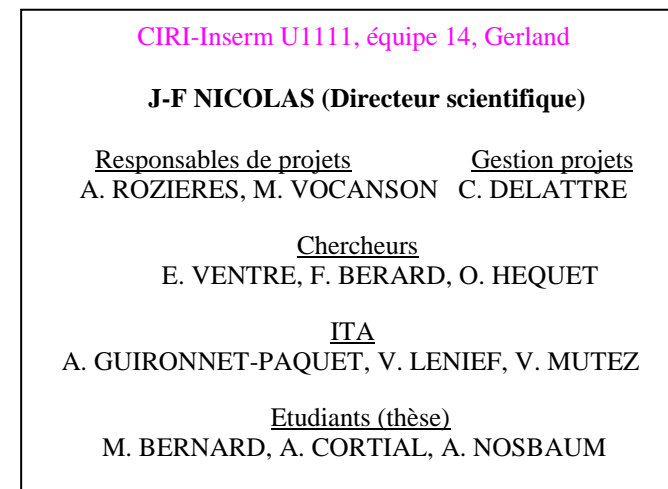
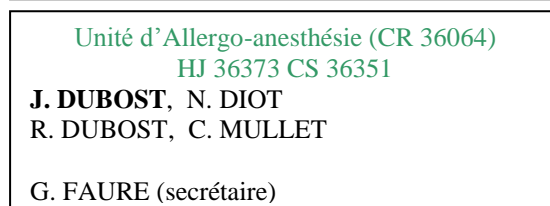
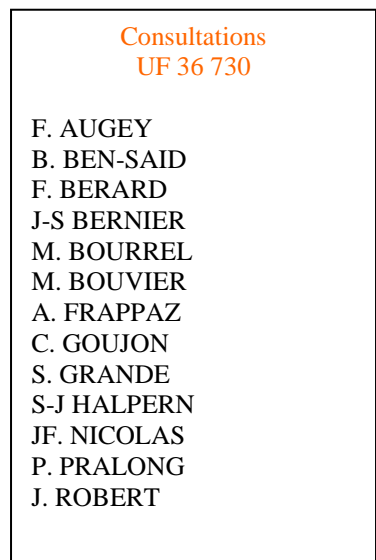
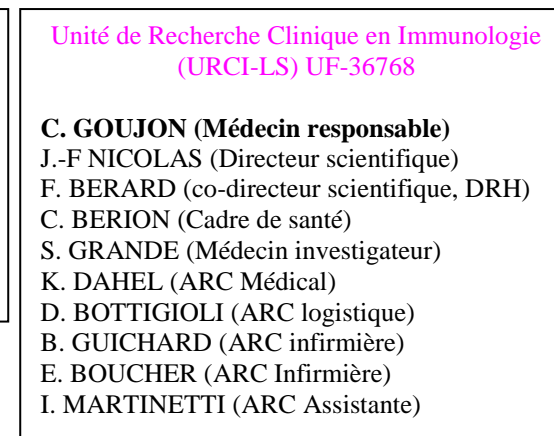
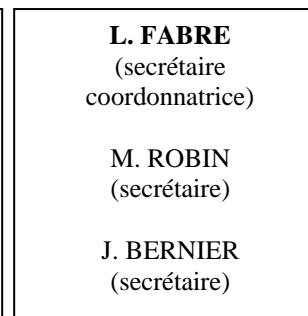
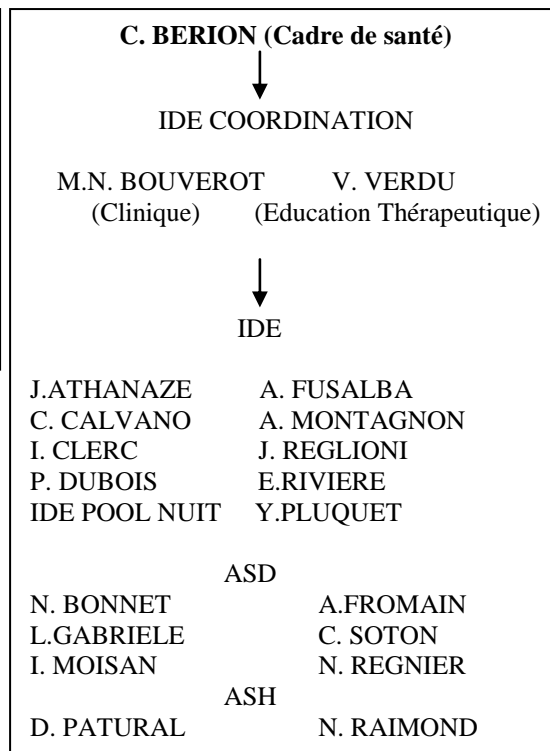
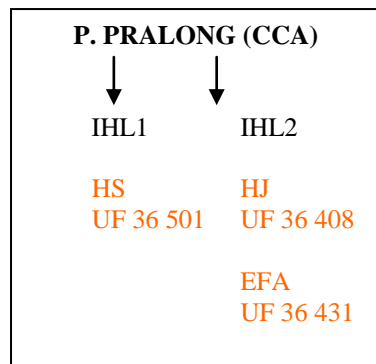
La réunion des entrants (RE) permet la validation des modalités de prise en charge des malades **selon les protocoles** (les avantages et surtout les inconvénients de la RE sont donc au minimum les mêmes que pour les protocoles) en **collaboration étroite avec les pharmaciens** (sans qui je vous rappelle qu'aucun travail sur le médicament, tant au quotidien qu'en recherche, ne pourrait se faire).

Dans tous les cas, la RE ne peut pas tout régler. On découvre souvent de nouveaux renseignements lorsque le malade est vu en hospitalisation, et nous observons parfois des réactions non prévues en RE. Ceci entraîne alors une **modification profonde de la prise en charge programmée**. Enfin, certains dossiers ne sont pas vus en RE. Il s'agit en particulier des patients d'oncologie car les délais de prise en charge des chimiothérapies sont souvent urgents (quelques jours contre 1 à 2 semaines de délai pour la RE).

Là encore, nous devons tous collaborer pour optimiser la RE : en particulier il faut améliorer la **description précise des accidents et des cibles allergéniques par les médecins**, sans oublier de mentionner, dans les CR de consultation, les autres médicaments pris par les malades +++. Il faut aussi que les médecins du service se remobilisent pour **démarrer la RE à l'heure** car j'ai noté un certain laisser-aller de notre côté depuis quelques mois (les pharmaciens sont toujours à l'heure !).

Pr F. BERARD
 Service Allergologie et Immunologie Clinique (CR 36093)
 Chef de service

Pr J.-F. NICOLAS
 CRB – Allergobiothèque UF 36 853
 Coordonnateur et responsable de la recherche



PAM Anesthésie – réanimation
 Pr Vincent PIRIOU

Organigramme du service d'Allergologie et Immunologie Clinique – CHU LYON
 V13 – MAI 2013

II- Généralités sur la prise en charge des patients

Les malades nous sont adressés par les médecins des HCL comme par les collègues exerçant à l'extérieur du CHU (libéraux, hospitaliers de CHR, autres CHU et Centres de Lutte contre le Cancer).

- Postulat 1 : Les patients ont toujours raison.

Cette phrase est importante à bien intégrer car si on s'écarte de ce postulat, les patients n'adhèrent plus à ce que nous leur proposons. On peut être conscient que le patient peut se tromper, mais on doit l'amener progressivement à **penser différemment pour continuer d'avoir raison**. De plus le patient a toujours raison quand il n'est pas content de sa prise en charge, ensuite c'est à nous d'analyser notre parcours de soins et d'identifier les raisons de ce mécontentement. Enfin n'oublions pas que nous sommes tous des patients potentiels, et que ce jour-là nous serons - à notre tour - certains d'avoir raison face aux équipes soignantes !

- Postulat 2 : on surveillera un patient en fonction de l'accident qu'il a fait.

Mesure des constantes : Dans tous les cas on mesurera systématiquement son pouls et sa TA avant de démarrer les explorations, mais on ne re-mesurera plus ensuite ces constantes tant que le patient reste asymptomatique (et quel que soit le protocole).

Voie veineuse : Si l'accident était bénin (grade 1) et que l'allergie est écartée par le médecin, pas de voie veineuse périphérique. A partir du grade 2, voie veineuse pendant les explorations. Il est toutefois souhaitable que les médecins continuent à **prescrire l'indication de voie veineuse pour chaque malade** car il y a toujours des exceptions à cette règle (celles qui la confirment !...).

Les délais de surveillance après réintroduction (médicament et aliment) sont **variables et adaptés à chaque patient en fonction de l'accident qu'il a fait**. Un malade qui a fait un accident 4h après un médicament / aliment, sera surveillé 4h (donc parfois en HS), un autre malade 1h minimum si l'accident avait lieu à 20 minutes, un malade avec accident à 1h sera surveillé environ 2h etc.... L'idée est que **nous préférons qu'une éventuelle récurrence de l'accident initial ait lieu dans le service** (et n'oublions pas que la grande majorité des accidents de réintroduction sont bénins car correspondent à des réactions d'HS non allergique).

Il n'y a donc pas de sens à surveiller 2h un patient qui a fait une urticaire à 20 minutes !

Ceci explique que j'ai fait récemment supprimer le « délai de surveillance type » des protocoles.

Les temps de surveillance doivent donc être prescrits par écrit par les médecins au cas par cas.

III- Les populations de patients et les soins que nous leur prodiguons

1) Notre principale population de patients est constituée d'hypersensibles au médicament (70% des malades du service).

a) Les urticaires / angioedemes non allergiques au médicament :

Ces patients n'ont en général jamais fait de signe de gravité lors de l'accident médicamenteux initial (grade 1, voire 2 pour les AINS-aspirine-paracétamol). Les patients sont souvent hypersensibles à plusieurs médicaments et sont en impasse thérapeutique : ils ne veulent plus prendre de médicament, et souvent leurs médecins ne veulent plus leur en prescrire non plus. L'objectif est comme toujours de **pouvoir** retraiter ces patients avec un médicament jugé utile par leur médecin. Si cet objectif n'est pas atteint, on occasionne une **perte de chance** pour le malade, en particulier pour les antibiotiques. Il va donc falloir rassurer le patient ET souvent le médecin qui l'adresse.

Dans cette population de patients, le délai d'apparition de l'urticaire / angioedeme après la prise du médicament est variable (de quelques minutes pour les AINS +/-paracetamol +/- aspirine, jusqu'à parfois plusieurs heures pour les autres médicaments). **Séverine Fernandez** a montré dans sa thèse réalisée dans le service en 2012 qu'un accident « immédiat » de grade I survenant plus de 45 minutes après la prise du médicament n'était jamais allergique.

Les patients sont explorés en priorité en hôpital de jour (HJ), avec tests cutanés et le plus souvent réintroduction d'emblée. Quand la description de l'accident est vague (accident très ancien ou anamnèse impossible à reconstituer), nous effectuons parfois un « rappel » suivi d'une deuxième série de tests à 6 semaines puis une réintroduction de type « ABC ».

Lorsque le délai de prise en charge est incompatible avec l'HJ, nous explorons les patients en hôpital de semaine (HS), c'est à dire :

- lorsqu'il existe plusieurs médicaments à explorer ou à réintroduire
- lorsque le patient a fait un accident plusieurs heures après le médicament et qu'on ne souhaite pas qu'il récidive en dehors du service le jour des explorations, y compris quand l'accident était bénin (car la rechute aggrave l'anxiété, cf infra).
- lorsqu'il existe un **fond d'anxiété** tel que le problème ne pourra pas être réglé en HJ. **Muriel Hoarau** a montré dans sa thèse réalisée dans le service en 2012, que les recommandations proposées à l'issue des explorations dans l'hypersensibilité au médicament ont été largement suivies par les patients (85 % d'adhésion), mais que le principal facteur de risque de non-adhésion est **l'inquiétude des patients à la consommation de tout médicament n'ayant jamais été consommés** ($p < 0,05$). En cas de fond d'anxiété chez le malade, le temps de passage en HS sert donc aussi à **l'éduquer dans le même temps** qu'on réalise les tests et l'introduction de médicaments. Sans cette **prise en charge globale** le patient ne reprendra pas le médicament ultérieurement et notre prise en charge n'aura servi à rien.

b) Les accidents allergiques immédiats

Le diagnostic de l'allergie est fait dès la consultation dans l'écrasante majorité des cas. Les explorations allergologiques ne sont donc pas réalisées pour faire le diagnostic, mais pour trouver

une alternative thérapeutique : réalisation secondaire de batteries lorsque le test cutané est positif, ou contre indication de toute la classe thérapeutique lorsque le test est négatif (dans ce dernier cas, on changera de classe thérapeutique ce qui ne sera pas toujours satisfaisant ni pour les malades ni pour les médecins).

Quand l'accident justifiant la prise en charge a été > grade 1, le patient est majoritairement vu en HS dès la première série d'explorations.

Les patients sont pourtant souvent explorés en HJ une première fois. En particulier quand l'accident est ancien, on ne veut pas risquer de faire entrer en HS un patient qui pourrait avoir des tests cutanés négatifs. On effectuera donc les premiers tests et un « rappel » médicamenteux en HJ. Puis le patient est toujours revu en HS pour la suite des explorations (réalisation de batterie / introduction de molécule alternative / induction de tolérance).

- **Les modalités de l'introduction de molécules alternatives sont identiques à ce que j'ai décrit dans l'HS non allergique (ABC). L'exception à cette règle correspond aux inductions de tolérance au médicament.**

c) Les inductions de tolérance au médicament

Dans certains cas (chimiothérapies, biothérapies : médicaments non substituables avec bénéfice clair pour le malade), nous redonnons le médicament responsable de l'allergie, ceci à des doses thérapeutiques malgré l'allergie et selon des protocoles d'induction de tolérance. Ces procédures sont lourdes, et impliquent une collaboration étroite entre le service, les biologistes, les pharmaciens, et les réanimateurs. A ce titre, l'arrivée de **l'équipe d'allergo anesthésie** il y a 4 ans nous a permis de franchir une étape décisive dans notre autonomisation. Nous pratiquons déjà cette stratégie au coup par coup avant leur arrivée, mais en limitant au maximum les indications car nous n'avions pas la ressource médicale pour travailler sereinement. Les liens de confiance qui se sont progressivement tissés entre nos deux groupes ont permis à l'ensemble du service de progresser et d'offrir aujourd'hui une égalité de traitements pour tous les malades. Il faut aussi être très conscient des efforts de l'**URCC** qui prépare souvent nos chimios en priorité pour que les malades puissent recevoir ensuite les traitements sur la journée. Cette collaboration permet de répondre ensuite à la question « est ce que le malade pourra reprendre ses traitements en **hopital de Jour** d'oncologie, ou pas ? » (si la réponse est « non » cela devient difficile pour les malades, et beaucoup plus cher pour la société car on passe sur une tarification de semaine).

Je crois donc sincèrement que ce service collaboratif rendu aux malades, unique dans la région à ce jour, justifie à lui seul l'existence du service.

Néanmoins nous avons encore des progrès à faire sur plusieurs points :

- Préparer correctement les dossiers avant la prise en charge dans le service.
En particulier les protocoles de chimiothérapie doivent être fournis par les oncologues avant que le patient ne soit hospitalisé. Je crois qu'il faut être TRES FERMES et **ne pas accepter de prendre un malade en charge tant que le protocole complet n'a pas été fourni** avec les doses antérieurement administrées. Nous devons limiter les indications de « travail en urgence » de l'équipe, ce n'est pas sain et surtout ne favorise pas la pérennité de l'action.

Il faut aussi **négoier pour chaque malade**, que **son oncologue référent soit disponible au téléphone le jour de l'hospitalisation** pour répondre à nos questions en cas d'évènement intercurrent qui pourrait faire annuler l'administration de la chimio (fièvre, anomalie biologique,...). Notre compétence est de redonner une chimio dans un contexte d'allergie, pas de nous substituer à l'oncologue dans la gestion globale du patient.

- Former tout de même les médecins et les paramédicaux à la gestion globale des malades atteints de cancer. Même si nous ne sommes pas des oncologues, **nous restons des soignants** et devons être capables de répondre aux problèmes médicaux intercurrents, mais aussi aux questions et à l'anxiété des patients souffrant de pathologies lourdes.
 - Démarrer à terme des protocoles d'induction de tolérance dans les toxidermies allergiques retardées, ce qui reste pour l'instant un projet non structuré.
- d) Les accidents médicamenteux allergiques retardés.

Ces accidents sont de deux types : toxidermies allergiques bénignes et toxidermies sévères.

- Les toxidermies allergiques bénignes sont prises en charge en ambulatoire (EFA), puis éventuellement dans le service pour réintroduction en HJ, voire parfois lors de « semaines HSR » pour les cas les plus difficiles. Je n'ai pas l'impression que cette prise en charge ne pose beaucoup de questions mais je suis prêt à les entendre le cas échéant.
- Les toxidermies allergiques sévères sont prises en charge dans le cadre du réseau CCR2A (Centre de Compétences Rhone-Alpes-Auvergne). CCR2A est piloté par le Dr **Benoit Bensaïd**, sous la responsabilité de Jean-François Nicolas. Aujourd'hui, CCR2A rend de grands services sur le plan régional, voire national, mais au prix d'un **investissement considérable en temps et en moyens humains**. Il faut savoir que pour l'instant, **l'activité CCR2A n'est pas pérennisée** car non financée par les instances.

Les malades suivis dans le cadre CCR2A sont à mon avis les plus complexes que nous ayons à gérer. En particulier, du fait du caractère retardé des accidents, il y a souvent plusieurs médicaments suspects et la liste exhaustive est souvent difficile à établir. En cas d'erreur, redonner le médicament coupable de l'allergie entraîne un **risque de décès du patient supérieur au risque de décès dans l'allergie immédiate**. Nous devons aussi prendre en compte toute la partie « recherche » (clinique et physiopathologique) associée à la prise en charge des patients (cf passage « recherche » plus loin).

Ainsi, le temps de préparation d'un « dossier CCR2A » est de plusieurs heures avant de pouvoir passer en RE. **Les dossiers CCR2A sont donc préparés par un interne, puis revus en RE par l'interne, le CCA et Benoit Bensaïd.**

Je souhaite qu'à l'avenir, les malades « CCR2A » hospitalisés soient **directement suivis pendant leur hospitalisation par le CCA**. Benoit Bensaïd, Jean-François Nicolas ou moi-même (à l'occasion de mon tour du mardi) interagiront largement avec le CCA pour répondre aux questions de prise en charge sur le reste de la semaine, mais **nous ne devons pas multiplier les interlocuteurs référents** entre les « malades CCR2A » et l'équipe lors de l'hospitalisation

Benoit Bensaid continuera donc de suivre les malades CCR2A en ambulatoire et en consultation mais ne les verra plus dans le service sauf à la demande du CCA.

2) La gestion des hypersensibilités aux aliments (15% des malades) est superposable à celle des allergies au médicament, à quelques nuances près.

Ce qui est commun avec le médicament :

- Le diagnostic (allergie vs HSNA, les 4 grades de sévérité) et les explorations cliniques
- La démarche globale du raisonnement de prise en charge en cas d'HS non allergique
- l'induction de tolérance pour les allergiques (on dilue pour donner l'aliment par la bouche vs on donne des gouttes avant des ml pour le médicament)
- Les objectifs de l'éducation thérapeutique en cas d'HS non allergique

Ce qui est différent du médicament :

- Les allergies aux aliments sont des allergies dirigées contre des protéines : il y a donc des risques d'allergies croisées avec des végétaux de **famille différentes** (autres aliments, pollens), mais aussi avec les acariens qui favorisent par ailleurs l'inflammation chronique.
- Les patients allergiques aux aliments sont en général atopiques (maximum 30% dans le médicament) donc potentiellement **asthmatiques** avec risque augmenté de bronchospasme à la réintroduction de l'aliment
- le diagnostic biologique est fondamental dans la recherche d'allergies croisées (allergologie moléculaire) et l'interprétation des dosages d'IgE spécifique est longue et souvent difficile. Nous avons la chance de pouvoir collaborer sur ce point avec le Dr **Françoise Bienvenu**, immunobiologiste dans le laboratoire d'immunologie du CHLS, et qui s'est investie depuis de nombreuses années dans cette thématique.
- La décision des régimes d'éviction en fonction des allergies croisées identifiées : si régimes trop larges, inutiles et stressants pour rien, si trop étroits, risque d'accidents allergiques parfois graves.
- Les objectifs de l'éducation thérapeutique en cas d'allergie car le risque de récurrence de l'accident est **beaucoup plus stressant** (on se surveille « trois fois par jour ») et surtout **bien plus important dans les allergies alimentaires** (réactions croisées)
- Ces différences expliquent qu'il **existe une RCP pour gérer les dossiers des patients les plus complexes**. A ce propos nous devons remercier les efforts de **Pauline Pralong** qui a monté cette RCP en 2011, et dont la rigueur organisationnelle a permis de passer avec succès l'audit de l'institution le 7 décembre dernier, puis de recevoir l'avis favorable de la commission de validation des RCP de la CME le 9 avril 2013. Nous avons été récemment sollicités par le **Glyal** (Groupe Lyonnais d'Allergologie) pour développer la RCP en y intégrant les allergologues libéraux. Ce projet devrait voir le jour fin 2013 (si nous arrivons à dégager un peu de temps...).

Les référents médicaux du service dans l'allergie alimentaire sont les Dr **Anne Frappaz** et **Michel Bouvier**.

3) Les malades atteints de maladie inflammatoire chronique de la peau représentent 15% des patients.

Les trois grandes maladies que nous prenons en charge dans ce cadre sont la dermatite atopique, l'urticaire et le psoriasis. Il s'agit d'une part de consultations de recours pour les cas difficiles vus en ville, et d'autre part de programmes de recherche mais aussi d'éducation thérapeutique qui est recommandée pour les patients souffrant de maladies chroniques depuis la loi HPST 2009. La structure d'éducation thérapeutique a pour objectif d'étendre son action à l'hypersensibilité au médicament dans les années à venir.

3.1- La dermatite atopique (DA)

La DA touche près de 20% des enfants et 10% des adultes en France. C'est une maladie inflammatoire chronique de la peau, évoluant par poussées, qui ne justifie pas d'exploration particulière sauf dans 3 situations :

- a) Une résistance ou une aggravation sous traitement bien conduit (quand ce n'est pas une corticophobie qui reste le motif N°1 de résistance au traitement – mais dans ce cas on ne peut pas parler de traitement « bien conduit »)
- b) Des signes évocateurs d'allergie associée (principalement cutanée, alimentaire ou respiratoire)
- c) Un bilan pré-thérapeutique (avant mise sous ciclosporine ou methotrexate)

Depuis 2009 et le recrutement de **Virginie Verdu**, nous avons développé un **programme d'éducation thérapeutique (ETP) dans la DA** (TPA CAP). TPA CAP est soutenu par la Fondation pour la Dermatite Atopique et est accrédité par l'ARS. Il a pour principal objectif d'**autonomiser les patients** et de limiter à l'essentiel les besoins de consultations ou d'hospitalisation. Ceci permet d'atteindre l'objectif secondaire qui est l'optimisation des soins et l'augmentation de la qualité de vie des malades souffrant de DA. L'ETP est aussi l'occasion de travailler en collaboration avec des collègues qui ne sont pas des « permanents » du service, mais sans qui le projet éducatif ne pourrait se faire. **Magali Bourrel** et **Jacques Robert** ont ainsi considérablement enrichi le projet depuis 4 ans et sont devenus les véritables piliers médicaux du projet. **Hubert Audra** contribue aussi à la valorisation du groupe ETP en apportant son éclairage de psychologue.

L'ETP est une spécialité encore jeune, et il existe un réel **besoin de formation des soignants**. Plusieurs membres du service ont été, sont ou seront formés au DIU d'ETP, et nous participons depuis 2012 à l'ETPday, journée nationale de formation et de communication en ETP dans la DA. La prochaine édition aura lieu le 14 novembre 2013 et sera organisée cette année par les médecins du service. Nous mettrons probablement à contribution l'ensemble de l'équipe pour nous aider à animer les ateliers le jour « J », mais la partie d'organisation logistique sera assurée par la Fondation car je n'ai pas souhaité surcharger l'équipe avec le déménagement à venir et le temps nécessaire à l'appropriation des nouveaux locaux.

3.2- L'urticaire chronique (UC)

Cette thématique s'est considérablement développée sous l'impulsion et la générosité du Dr **Frédéric Augey** qui a travaillé dans notre groupe pendant 10 ans jusqu'à sa nomination en tant que chef du service de dermatologie du CH de Vienne. Frédéric Augey continue de travailler avec nous le jeudi

après midi pour la partie organisationnelle du **groupe urticaire de la Société Française de Dermatologie (GUS)**, dont il est le secrétaire. La prochaine réunion nationale du GUS aura lieu à Paris le 7 juin 2013, et permettra de faire une synthèse des connaissances actuelles sur l'urticaire et les angioedemes. Le GUS a aussi réalisé plusieurs protocoles de recherche depuis 3 ans, et soumet cette année un PHRC National pour évaluer l'intérêt des anti H1 à 4 fois la dose standard dans l'urticaire chronique (attitude que nous conseillons mais qui n'est pas validée). La prise en charge quotidienne des malades souffrant d'UC a donc considérablement progressé depuis 10 ans, et notre service reste référent pour la prise en charge des cas réfractaires aux thérapeutiques conventionnelles. L'hospitalisation des patients est rarement indiquée, en général en HJ pour réalisation d'un bilan pré-thérapeutique (ciclosporine, MTX), voire de l'administration – encore plus rare - de molécules innovantes sous surveillance (10 malades par an sur les 300 demandes de recours).

3.3- Le psoriasis

Le psoriasis est une pathologie inflammatoire auto-immune chronique de la peau, pouvant toucher les articulations, et souvent associée à un risque cardio vasculaire augmenté. Les patients sont ici encore rarement hospitalisés et le suivi se fait donc à la consultation, soit par le Dr **Catherine Goujon** soit par le Dr **Sophie Grande**, toutes deux par ailleurs responsables de protocoles de recherche clinique sur le psoriasis. Nous voyons les patients dans le service dans le cadre de bilans pré-thérapeutiques et de suivi de thérapeutiques systémiques.

IV- La recherche

Nous travaillons dans un CHU et la recherche fait partie intégrante de notre mission. J'aborde ici les grandes lignes organisationnelles sans entrer dans les détails.

La recherche se fait à trois niveaux :

- **La recherche clinique réalisée à l'URCI-LS** (Unité de Recherche en Immunologie Clinique Lyon Sud), créée en 2003 et qui est actuellement une des UF du service. L'URCI-LS est coordonnée par Catherine Goujon, et Jean François Nicolas en est le directeur scientifique. Le groupe comprend 2 ARC, 2 IDE ARC et 2 médecins. Les thématiques étudiées sont les maladies inflammatoires chroniques de la peau (DA, urticaire et psoriasis), la physiologie de la peau normale, et la vaccination. Les projets de recherche, au nombre d'une douzaine par an, sont publics (appels d'offre régionaux, nationaux, ou internationaux) et/ou en partenariat avec l'industrie, et concernent des malades ou des volontaires sains. L'URCI-LS a publié une dizaine de travaux depuis 2009 et collabore souvent avec le service dans le cadre de nos propres projets. Je souhaite que les interactions entre URCI-LS et le service soient renforcées dans les années à venir, et les plans de futurs locaux ont été pensés dans ce sens avec l'intégration des bureaux des différents membres de l'URCI-LS dans l'espace alloué aux bureaux des médecins du service et du cadre de santé.
- **La recherche clinique réalisée dans le service**, à l'origine de 2 à 3 thèses de médecine par an et d'une trentaine d'articles publiés dans des revues à comité de lecture depuis 2009. Cette recherche concerne des thématiques médicales mais aussi paramédicales, en particulier dans l'organisation des soins et de l'éducation thérapeutique. Les travaux de l'équipe paramédicale et le secrétariat du service ont été ainsi sélectionnés pour être présenté au

Congrès Francophone d'Allergologie (CFA) en 2012 et 2013, et l'équipe a reçu le prix du meilleur poster au CFA en 2012. Ce n'est pas très courant – de plus dans un contexte de concurrence avec les travaux de médecins dans ce congrès. J'espère que cette reconnaissance nationale de la qualité du travail des paramédicaux et des secrétaires, accompli dans le service, motivera donc l'équipe pour démarrer et mener à terme d'autres projets dans le futur

- **La recherche translationnelle et physiopathologique menée à l'Inserm U1111 qui est le Centre de Recherche en Infectiologie (CIRI), localisé à Gerland.** La thématique de notre équipe (équipe 14 du CIRI) concerne l'immunodermatologie avec 2 volets : i) immunologie de l'allergie cutanée; ii) vaccination cutanée. Nous nous intéressons aux mécanismes à l'origine des eczémas (allergique de contact et dermatite atopique) et de l'allergie retardée aux médicaments dans des études chez l'homme et dans des modèles pré-cliniques chez la souris. Nous avons montré que : i) les lymphocytes T (LT) CD8+ cytotoxiques sont les effecteurs primaires de l'allergie cutanée ; ii) les LT CD4+ régulateurs contrôlent la réponse allergique. A partir de ces travaux nous développons : i) des tests prédictifs de l'allergénicité des molécules ; ii) des tests diagnostiques immunobiologiques de l'allergie aux médicaments et de l'eczéma allergique de contact ; iii) des protocoles de vaccination par voie intradermique qui apparaît plus immunogène que la voie intra-musculaire. Les Dr **Aurore Rozières** et **Marc Vocanson** sont responsables des projets sous la direction scientifique de Jean-François Nicolas.

V- L'enseignement et la formation médicale / paramédicale continue

Enseignement d'Immunologie aux cours des études médicales

- Immunologie fondamentale en 3^e année
- Immunologie clinique en 5^e année,
- Immunologie générale en 1^{ere} année de maieutique.

Une partie de l'enseignement se fait sur la **faculté de médecine et maieutique Lyon Sud-Charles Mérieux**

Mais la majorité de l'enseignement est réalisé dans le service. Le CHU se doit de favoriser au maximum l'accès à la formation des soignants, et nous en avons fait **une priorité dans le service.**

Formation des externes.

Nous formons environ 10 nouveaux externes par trimestre, originaires pour la plupart de la faculté Lyon-Sud, mais aussi de la faculté Lyon-Est. Ce sont nos futurs collègues, et pour certains de futurs cadres médicaux hospitaliers. Aussi j'insiste pour que leur identification nominale soit claire dès le 1^{er} jour du stage (ceci éviter de les dépersonnaliser en les appelant tous « l'externe » et favorise leur intégration plus rapide dans l'équipe). En retour, les externes se doivent d'avoir un comportement exemplaire et il peut ainsi m'arriver parfois d'en recadrer un ou deux. Les externes sont formés à la clinique mais aussi à la théorie et doivent ainsi pendant leur **stage préparer** puis **présenter** chacun un cours (le mercredi matin au PC médical). Dans le service, les externes sont supervisés en premier lieu

par les internes, puis par le CCA, puis par moi – en particulier lors du tour du mardi matin et du cours du mercredi. Les externes participent aussi au colloque mensuel (cf infra).

Master M1 « Immunologie fondamentale et mécanismes immunopathologiques »

Les cours du master ont lieu dans le service (amphithéâtre) le jeudi après midi. Les étudiants (environ 45 chaque année) sont en majorité des externes en médecine, mais aussi des internes et des étudiants en pharmacie ou en école dentaire. L'enseignement est assuré par de nombreux intervenants issus pour la plupart du CHU, ou de l'Inserm. Je coordonne le master auquel participe également Jean-François Nicolas. Les secrétaires du service aident à la logistique.

Formation des internes.

Comme dans tous les services du CHU, **les internes sont la cheville ouvrière du versant médical de la prise en charge des patients.** Ils sont en particulier les premiers interlocuteurs de l'équipe paramédicale. J'ai instauré depuis 2009 une consultation d'internes une à deux fois par semaine en soirée. Cette consultation a pour principal objectif de les aider à s'autonomiser en gérant - sous supervision d'un senior - une activité de consultant. Cette activité est très différente de leur activité quotidienne, en particulier en terme de synthèse et de prise de décision dans un court laps de temps. Peu de services offrent cette opportunité à leurs internes et je crois qu'il faut maintenir cette expérience, même si cela prend aussi du temps aux médecins seniors qui les supervisent - et nous sommes peu nombreux pour le faire. A côté de la formation clinique, les internes du service sont souvent inscrits au DESC d'Allergologie et suivent cet enseignement en parallèle. Nous les incitons également à publier et ils soumettent chacun au moins un travail au CFA chaque année. Pour être franc, ma principale frustration aujourd'hui concerne le peu de temps que je suis en mesure de leur accorder. Mon tout premier projet, si nous pouvions obtenir des renforts médicaux dans le service, serait de pouvoir dégager du temps pour mieux m'occuper des internes. Il s'agirait en particulier de pouvoir superviser plus efficacement les travaux et les publications scientifiques que nous aimerions leur confier et qui restent trop peu nombreux à ce jour.

DESC Allergologie et Immunologie Clinique

L'enseignement du DESC est commun aux internes en médecine et aux étudiants de la capacité d'allergologie. L'enseignement est assuré par de nombreux intervenants du CHU, de l'Inserm mais aussi par des allergologues libéraux. L'enseignement associe : i) des cours sous forme de 3 modules de 2 jours organisés le 1^o semestre de chaque année civile; ii) des stages pratiques dans des services hospitaliers mais surtout chez les praticiens allergologues de la région qui ont été reconnus chargés d'enseignement par le CA de l'UCBL. Jean-François Nicolas coordonne le DESC auquel je participe ainsi que la majorité des médecins du service.

Formation des médecins

Le service est un lieu de formation des médecins, en particulier lors du colloque mensuel qui a lieu en général le 1^{er} mercredi matin du mois. Les externes et les internes participent aussi au colloque.

Nous recevons également dans le service, des médecins Français ou étrangers en stage d'observation et de formation, ces stages pouvant durer d'une semaine à plusieurs mois.

Enfin, le service organise régulièrement des séminaires scientifiques, le plus important étant le séminaire Allergolyon qui aura lieu cette année fin Juin, et pour la première fois sur le site de Gerland (ENS).

Formation des paramédicaux

Les étudiants paramédicaux sont encadrés dans le service par des **référents dans chaque corps de métier**. Issus des différentes écoles Lyonnaises, ils découvrent la spécialité et repartent enrichis de ce qu'ils ont appris, souvent très à distance de leurs premières représentations du domaine de l'allergologie (la rhinite,).

Des tuteurs sont nommés et organisent préférentiellement leur accueil, leur planning et leur parcours de stage.

Les paramédicaux de l'unité sont eux même amenés à s'interroger sur leurs pratiques, sur une nouvelle technique. La structuration de l'unité et l'ouverture de semaine, permet d'organiser des temps de formations ou de rencontres les vendredis après-midi : cas concrets (F. Bérard ou CCA), Groupe d'échanges (B. Leva), réunion de service...

Ces rencontres ont lieu en début d'après midi afin que l'équipe du matin puisse participer. Il est important de pouvoir les intégrer individuellement à son organisation de travail de la journée (exception faite de l'hôpital de jour lorsque cela est impossible) : ici encore, planifier ses actions permet de faire baisser la pression sur tout le monde en commençant par soi même ! Je sais que la participation des médecins – en particulier la mienne - a diminué progressivement depuis 4 ans et que les réunions « cas concrets » sont devenues rares. Nous allons donc repenser les agendas avec Céline Bérion, le CCA et l'équipe pour que le rythme de ces réunions revienne à ce qu'il était antérieurement car il me semble qu'elles ne sont pas inutiles pour échanger, en particulier sur l'évolution des pratiques ou lors de prises en charges individuelles difficiles.

Référents paramédicaux

Bien que spécialisé, notre service fait partie du CHU. Il est donc très important de maintenir le niveau de prestations, de vigilances, et de services attendus pour la « prise en charge globale » efficace des patients.

A cet effet, et dans une dynamique de partage des savoirs et des compétences, des groupes de travail se mettent souvent en place. Le choix de Céline Berion a été de nommer des référents (infirmiers, aides soignantes, secrétaires parfois) dans ces domaines :

- Vigilances : hémovigilance, matériovigilance...
- Douleur
- Linge
- Médimath

Ce modèle de référents a été reconduits vis-à-vis de projets internes au service (développement de DRDV, pharmacie, déménagement) ou de suivi d'équipements (pompe, ...) ou de service (déchets)...

VI- Des efforts pour décrire notre activité

Nous avons la confiance de l'institution (et la mesure des investissements consentis pour le nouveau service en est l'illustration factuelle), mais nous avons aussi **nos propres responsabilités** à assumer dans un effort de gestion globale. Le service a en effet, et comme vous le savez, des **objectifs économiques** à respecter et la tarification à l'activité en allergologie n'est actuellement calculée que pour financer l'ambulatorio. Nous devons donc **justifier du bien-fondé de l'hospitalisation de semaine et la valoriser à sa juste valeur ce qui n'est pas le cas aujourd'hui**. Cette reconnaissance financière est vitale pour assurer la pérennité de notre travail. Vous êtes ainsi actuellement sollicité(e)s par le DIM et Gislaïne Vallin pour coter sur SIM WEB 100T les actes CCAM en hôpital de jour et de semaine. Cette étape de **description de l'activité** est indispensable pour **définir dans un deuxième la tarification qui nous sera accordée**.

Aussi je vous demande votre aide pour assurer ce recueil d'informations avec toute la rigueur et l'exhaustivité nécessaire, car les oublis auront des répercussions sur des années (une fois que la tarification est accordée, elle ne bouge plus, en tout cas jamais vers le haut !).

Conclusion

Je suis vraiment fier du travail que vous accomplissez au quotidien. Vous répondez aux exigences du service public et de l'organisation de la continuité des soins. Il y a encore et il y aura toujours des progrès à faire mais je crois que nous arrivons déjà à **rationaliser et à donner globalement du sens à notre action** ce qui est un objectif important.

Nous devons faire des choix dans les années à venir pour nous adapter d'une part aux niveaux d'exigence de l'institution, mais aussi aux moyens qui nous seront accordés pour atteindre ces objectifs. Nous ne sommes pas en mesure d'augmenter actuellement notre activité, et j'espère que nous ne serons pas amenés à la diminuer en fonction de ces différentes variables. Dans tous les cas, **notre travail reste avant tout celui de s'occuper des malades avec des objectifs qualitatifs élevés**, et je crois que sur ces points nous restons fidèles à nos engagements.

J'essaierai de réécrire un petit document équivalent de celui-ci en 2014 et **je compte sur vous pour l'enrichir en me faisant remonter régulièrement vos réflexions et questionnements**. Après en avoir discuté librement avec plusieurs d'entre vous récemment, il me semble en effet que **nous devons nous projeter d'avantage dans la réflexion collective pour faire progresser durablement notre groupe**.

Dans cette attente, et en anticipant le plaisir de redémarrer un nouveau semestre demain matin, très cordialement à vous !

Frédéric Bérard