

Accueil des enfants atteints d'allergies alimentaires à l'école et dans les structures périscolaires

F. Rancé, allergologie-pneumologie, hôpital des Enfants, Toulouse

La prévalence de l'allergie alimentaire a doublé en cinq ans. En 1998, elle était estimée en France à 3,8 % [1]. L'allergie alimentaire est trois fois plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte [2]. On estime que 6 à 8,5 % des enfants d'âge préscolaire sont atteints d'allergies alimentaires [3]. Les urgences allergologiques se sont multipliées par cinq au cours des cinq dernières années, comme en témoigne l'augmentation des consultations en service d'urgence et les décès liés directement à l'ingestion d'aliments allergisants [4]. Il n'est donc pas étonnant que l'accueil des enfants souffrant d'allergies alimentaires dans les structures scolaire et périscolaire soit un sujet d'actualité.

Une prise en charge adéquate ne se conçoit qu'après avoir établi un diagnostic précis d'allergie alimentaire. Elle suppose une information suffisante des parents mais aussi des personnels scolaires et périscolaires amenés à s'occuper de l'enfant atteint d'allergie alimentaire. Le traitement des allergies alimentaires repose sur une éviction stricte de l'aliment incriminé et des produits finis pouvant en contenir. Le régime s'avère difficile pour certains allergènes comme la cacahuète, dont la présence est parfois masquée dans l'alimentation, c'est-à-dire non précisée dans l'étiquetage, et dont des quantités minimales peuvent faire apparaître des réactions. Le traitement des symptômes est individualisé et peut comporter la prescription d'adrénaline auto-injectable. A l'école, les enfants allergiques sévères bénéficient de la mise en place d'un projet d'accueil individualisé, selon la circulaire 93-248 du 22 juillet

1993, révisée au *Bulletin officiel* n° 41 du 18 novembre 1999.

UNE EXPLORATION ALLERGOLOGIQUE RIGOREUSE

Les modalités de prise en charge d'un enfant atteint d'une allergie alimentaire doivent reposer sur une exploration allergologique rigoureuse. De nombreux patients sont persuadés qu'ils sont allergiques à un ou plusieurs aliments, mais la réalité de cette allergie est plus rarement prouvée. L'anamnèse, les tests cutanés et le dosage des IgE sériques spécifiques orientent vers une allergie alimentaire. En dehors d'une histoire clinique évidente d'anaphylaxie, les tests de provocation par voie orale sont indispensables au diagnostic précis de l'allergie alimentaire. Ils identifient le (ou les) aliment(s) impliqué(s), préci-

sent la quantité d'aliment qui déclenche les symptômes et le type de signes cliniques en relation avec l'ingestion de l'aliment. Ils guident ainsi les mesures d'éviction et la composition de la trousse d'urgence.

A L'ÉCOLE : LE PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

A l'école, les enfants atteints d'une allergie alimentaire sévère bénéficient de la mise en place d'un projet d'accueil individualisé (PAI), selon la circulaire 93-248 du 22 juillet 1993 et la loi d'orientation du 10 juillet 1989 [5]. L'objectif est d'éviter l'isolement et de permettre la réussite scolaire et l'insertion sociale et professionnelle des enfants et adolescents atteints d'une maladie chronique, en favorisant la scolarité grâce à certains aménagements. Le projet d'accueil individualisé, qui définit les adaptations

à apporter à la scolarité de l'élève, est établi à la demande des parents, par le directeur d'école ou le chef d'établissement, en concertation avec le médecin de l'Education nationale, à partir des besoins thérapeutiques précisés par le médecin (allergologue). Le projet d'accueil individualisé concerne uniquement les enfants ayant déjà eu des symptômes graves d'allergie, les enfants asthmatiques qui présentent une allergie alimentaire et les enfants dont la dose réactogène, définie par le test de provocation orale, est de l'ordre de 100 mg. La révision du projet d'accueil individualisé, d'après le *Bulletin officiel* n° 41 du 18 novembre 1999, permet d'inclure l'allergie dans le cadre des maladies chroniques, d'inclure les maternelles dans le projet d'accueil individualisé, d'autoriser la prise de médicaments par voie orale inhalée ou auto-injectable pour les allergies sévères dans l'enceinte de l'école et d'inciter les responsables des mairies et des restaurations scolaires à autoriser les paniers repas préparés et apportés par les parents. Néanmoins, les stylos auto-injectables ne sont pas autorisés en France et la prise en charge en restauration scolaire est sous la dépendance des mairies.

Le projet d'accueil individualisé organise les soins dans le cadre de l'urgence (traitement médical incluant une injection d'adrénaline et soins d'urgence), désigne les personnes à prévenir et précise les signes d'appel de l'allergie alimentaire. Il indique aussi les aménagements pédagogiques. Le traitement des réactions allergiques est adapté à la gravité de la situation : l'urticaire, l'angio-dème sans signes d'asphyxie, la rhinite et la rhinoconjonctivite nécessitent un antihistaminique, éventuellement associé à un corticoïde par voie orale ; la crise d'asthme comporte la prise d'un bronchodilatateur avec un système d'inhalation adapté à l'âge de l'enfant ; l'œdème laryngé (avec signes d'asphyxie) et le choc anaphylactique (incluant des symptômes respiratoires et un collapsus) justifient l'administration d'adrénaline injectable suivie d'une hospitalisation [5]. L'éducation a une place

LES RECOMMANDATIONS DE L'ACADÉMIE AMÉRICAINE D'ALLERGOLOGIE ET D'IMMUNOLOGIE CLINIQUE DEVRAIENT ETRE APPLIQUÉES EN FRANCE

- Prescrire un protocole thérapeutique de prise en charge des réactions allergiques à l'école.
- Informer le personnel enseignant des signes de gravité et des traitements à administrer.
- Apprendre le maniement des injections d'adrénaline.
- Faire savoir à l'ensemble du personnel scolaire quels sont les enfants porteurs d'une trousse d'urgence.
- Faire connaître le lieu de rangement de la trousse d'urgence, étiquetée au nom de l'enfant et de sa classe.
- Conseiller le port d'une plaque (bracelet, collier) identifiant les allergies chez les enfants en bas âge (crèches ou maternelles).
- Réduire les expositions aux allergènes alimentaires dans l'enceinte de l'école.
- Informer le personnel de la restauration scolaire de la dénomination technique et scientifique des aliments usuels. Apprendre à lire les étiquettes. Informer de la possibilité de réaction allergique aux vapeurs de cuisson. Se laver les mains après toute manipulation alimentaire ; laver soigneusement les tables de cantine scolaire, les surfaces de travail et de préparation des aliments. Utiliser un équipement séparé pour la cuisson des aliments. Interdire de partager ou d'échanger des collations ou des ustensiles à usage alimentaire.
- Eduquer l'enfant allergique à connaître les aliments à éviter, à savoir éviter les aliments dont la composition n'est pas connue, et lui proposer des alternatives.

déterminante : il est nécessaire d'éduquer l'enfant à ne pas partager ou échanger des collations, à éviter les aliments dont la composition n'est pas connue, à lire les étiquettes, à se laver les mains avant et après les repas, à faire attention aux activités extra-scolaires à risque, à connaître le lieu de rangement des médicaments et à apprendre le maniement des injections d'adrénaline...

DANS LES STRUCTURES PÉRISCOLAIRES ET LA RESTAURATION SCOLAIRE

L'accueil des enfants pendant les périodes périscolaires est sous la responsabilité des mairies, et les dispositions légales du PAI ne s'applique pas à cette situation. Cependant, la révision du PAI met à contribution la bonne volonté des élus municipaux locaux. La prise en charge est tributaire des possibilités de réaliser un régime par la restauration scolaire. En effet, plusieurs raisons font que la restauration scolaire ne peut pas toujours assurer une éviction totale des aliments impliqués dans les allergies

alimentaires : d'une part l'étiquetage des produits finis est incomplet, puisque la législation n'oblige pas à mentionner les ingrédients entrant pour moins de 25 % dans la composition des produits finis et, d'autre part, la contamination d'un produit fini par un aliment allergisant est difficile à contrôler. Or, certains enfants peuvent présenter une réaction allergique à l'ingestion d'une quantité infime d'aliment. La sévérité d'une allergie alimentaire et l'impossibilité d'effectuer un régime d'éviction ont conduit à proposer, dans ces cas seulement, la prise de paniers repas préparés et apportés par les parents. Ces paniers repas sont autorisés officiellement par la circulaire du 6 mars 1968 et le *Journal officiel* du 4 juin 1996. Il reste à préciser les normes d'hygiène alimentaire pour la conservation de ce panier en conformité avec les services vétérinaires. En pratique, le repas donné par les parents est stocké dans un premier emballage hermétique portant le nom et la classe de l'enfant, puis déposé dans une deuxième boîte hermétique, elle aussi étiquetée au nom de l'enfant, dans le réfrigérateur scolaire. Le réchauffement du repas doit être réa-

lisé dans un four différent de celui utilisé pour la restauration scolaire [6].

DES PROPOSITIONS INDIVIDUALISÉES ET CONCERTÉES EN RESTAURATION SCOLAIRE

L'accueil en restauration scolaire doit prendre en considération les symptômes de l'allergie alimentaire [6] :

- une urticaire à l'ingestion d'un aliment devrait permettre l'accès à la restauration scolaire, sous réserve d'un régime d'exclusion de l'aliment concerné ;
- l'allergie alimentaire traduite par un asthme ou une gêne respiratoire impose un traitement adéquat et rapide. La restauration scolaire est discutée en fonc-

tion des possibilités d'exclure l'aliment allergisant et de tenir à disposition un traitement adapté aux symptômes liés à la prise par erreur de l'aliment allergisant ;

- le choc anaphylactique comporte un risque vital en l'absence d'un traitement immédiat par injection d'adrénaline : la restauration scolaire est donc formellement contre-indiquée. Toutefois, ces enfants atteints d'une allergie alimentaire sévère devraient être autorisés à consommer à côté des enfants de la restauration scolaire normale les repas préparés et apportés par leurs parents.

CONCLUSION

La prise en charge des allergies alimentaires à l'école et dans les structures pé-

riscolaires ne peut pas être standardisée. Au contraire, elle doit être individualisée, adaptée à chaque enfant. De nombreux progrès restent encore à faire dans ce domaine. L'information du grand public sur l'allergie alimentaire et l'éducation de l'enfant allergique et de son entourage sont essentielles pour améliorer la prise en charge des enfants atteints d'allergies alimentaires. Des associations (1), développées à l'initiative de parents d'enfants atteints d'une allergie alimentaire, font le lien entre les pouvoirs politiques, les écoles et les allergologues. Elles ont contribué à la mise en place du PAI.

(1) Association pour la prévention des allergies, BP 12, 91240 Saint-Michel-sur-Orge.

Références

- [1] MONERET-VAUTRIN D.A., KANNY G., THEVENIN F. : « A population study of food allergy in France : a survey concerning 33110 individuals », *J. Allergy Clin. Immunol.*, 1998 ; 101 : s87.
 [2] RANCÉ F., KANNY G., DUTAU G., MONERET-VAUTRIN D.A. : « Food hypersensitivity in children : clinical aspects and

distribution of allergens », *Pediatr. Allergy Immunol.*, 1999 ; 10 : 33-38.

[3] SAMPSON H.A. : « Epidemiology of food allergy (review) », *Pediatr. Allergy Immunol.*, 1996 ; 7 : s42-50.

[4] SAMPSON H.A., MENDELSON L., ROSEN J.P. : « Fatal and near-fatal anaphylactic reactions to food in children and adolescents », *N. Engl. J. Med.*, 1992 ; 327 : 380-384.

[5] CLERC R. : « Le haut risque allergique en milieu scolaire. Pro-

jet d'accueil individualisé », *Rev. fr. allergol.*, 1995 ; 35 : 289-292.

[6] RANCÉ F., DUTAU G. : « L'accueil des enfants atteints d'allergies alimentaires à l'école et dans les structures périscolaires », *Arch. pédiatr.*, 2000 (sous presse).

[7] VICKERS D.W., MAYNARD L., EWAN P.W. : « Management of children with potential anaphylactic reactions in the community : a training package and proposal for good practice », *Clin. Exp. Allergy*, 1997 ; 27 : 898-903.