

L'accueil en collectivité d'un enfant atteint d'allergies alimentaires : le projet d'accueil individualisé (PAI)

The host community of a child with food allergies: The personalized care project (PCP)

F. Rancé

Pôle médicochirurgical de pédiatrie, allergologie–pneumologie, hôpital des Enfants, 330, avenue de Grande-Bretagne, TSA 70034, 31059 Toulouse cedex, France

Disponible sur Internet le 11 novembre 2010

Résumé

Le projet d'accueil individualisé (PAI) permet de gérer l'urgence allergique qui pourrait survenir pendant le temps scolaire. Les autres objectifs sont également de faciliter la réussite scolaire, l'insertion sociale et professionnelle des enfants et adolescents atteints d'une maladie chronique comme l'allergie alimentaire, en favorisant la scolarité grâce à certains aménagements. Le PAI est issu de documents officiels dont la Circulaire n° 2003-135 du 8 septembre et la circulaire interministérielle du 25 juin 2001. La famille doit demander un protocole d'accueil auprès du directeur d'école ou du chef d'établissement. Puis, le médecin de l'Éducation Nationale organise la rédaction du document d'après les informations fournies par le médecin traitant (ou allergologue).

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary

The personalized care project (PCP) can manage allergic emergencies that may occur during school hours. Other objectives are to facilitate academic achievement, social and professional integration of children and adolescents with chronic illness such as food allergy, by promoting education through certain changes. The PCP is derived from official files including Circular N° 2003-135 of September 8 and the inter-ministerial circular of 25 June 2001. The family must request a protocol with the host school principal or school head. Then, the doctor of Education organizes the drafting of the document based on information provided by the physician (or allergist).

© 2010 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Mots clés : Allergie alimentaire ; Enfant ; Projet d'accueil individualisé

Keywords: Food allergy; Children; Personalized care project

I. INTRODUCTION

La prévalence de l'allergie alimentaire chez l'enfant augmente. En France, elle est estimée à 5 % chez les enfants d'âge scolaire [1]. Les urgences allergologiques se sont multipliées au cours des cinq dernières années comme en

témoignent l'augmentation des consultations en service d'urgence et les décès liés directement à l'ingestion d'aliments allergisants [2]. 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.

La prise en charge d'un enfant allergique ne se conçoit qu'après avoir établi un diagnostic précis d'allergie alimentaire, après avoir remis suffisamment d'informations aux parents mais aussi aux personnels scolaires et périscolaires amenés à s'occuper

Adresse e-mail : rance.f@chu-toulouse.fr.

de l'enfant atteint d'allergie alimentaire [3,4]. Le traitement des allergies alimentaires repose sur une éviction de l'aliment incriminé et des produits finis pouvant en contenir. L'éviction peut être difficile pour certains allergènes qui sont ubiquitaires, et très souvent « masqués » comme l'arachide. On peut les trouver dans un grand nombre de produits. Le traitement des symptômes de l'allergie alimentaire est individualisé et peut comporter la prescription d'un dispositif auto-injectable d'adrénaline [5]. À l'école, les enfants allergiques sévères bénéficient de la mise en place d'un projet d'accueil individualisé, selon la Circulaire n° 2003-135 du 8 septembre 2003 et la loi d'orientation du 10 juillet 1989 revue le 23 avril 2005 [6]. Le projet d'accueil individualisé (PAI) proposé en France représente un instrument fondamental (et unique en comparaison avec les autres pays européens) pour l'éducation durant le temps scolaire et périscolaire. La circulaire est applicable dans les écoles, les établissements publics locaux d'enseignement relevant du ministère chargé de l'éducation nationale et du ministère chargé de l'agriculture, les établissements privés sous contrat. Elle sert de cadre de référence aux établissements d'accueil de la petite enfance (crèches, haltes-garderies, jardins d'enfants) et aux centres de vacances et de loisirs.

2. UNE EXPLORATION ALLERGOLOGIQUE INITIALE 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 d'être 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. Il identifie le (ou les) aliment(s) impliqué(s), précise la quantité d'aliments qui déclenche les symptômes et le type de signes cliniques en relation avec l'ingestion de l'aliment [3]. Il guide ainsi les mesures d'éviction et la composition de la trousse d'urgence.

3. À L'ÉCOLE : LE PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

Les dispositions proposées ont pour objectif d'harmoniser les conditions d'accueil en collectivité des enfants atteints de maladie chronique (avec l'exemple des allergies alimentaires) en offrant un cadre et des outils susceptibles de répondre à la multiplicité des situations individuelles rencontrées. Elles doivent permettre aux enfants et adolescents concernés de suivre leur scolarité ou d'être accueillis en collectivité tout en bénéficiant de leur traitement, de leur régime alimentaire, d'assurer leur sécurité et de compenser les inconvénients liés à leur état de santé.

Le projet d'accueil individualisé organise les soins dans le cadre de l'urgence (traitement médical et soins d'urgence), les personnes à prévenir et précise les signes d'appel de l'allergie alimentaire. Il précise aussi les aménagements pédagogiques.

4. LE PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ : COMMENT ?

Le projet d'accueil individualisé est établi à la demande des parents, par le directeur d'école ou le chef d'établissement, en concertation avec le médecin de l'éducation nationale ou le médecin de la structure d'accueil, à partir des besoins thérapeutiques précisés par le médecin (allergologue) et doit définir les adaptations à apporter à la scolarité de l'élève. Le projet thérapeutique doit suivre l'enfant lors des déplacements scolaires et les classes transplantées. Le PAI est un document écrit et réactualisé chaque année.

5. LE PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ : POUR QUI ?

Le projet d'accueil individualisé concerne les enfants ayant une allergie alimentaire prouvée [6]. L'actualisation du projet d'accueil individualisé par la Circulaire n° 2003-135 du 8 septembre 2003 permet d'inclure les crèches et les garderies périscolaires 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.

6. LE PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ : LA TROUSSE D'URGENCE

Les traitements d'urgence des symptômes de l'allergie alimentaire associent à des degrés divers, les antihistaminiques, les thérapeutiques bronchodilatatrices et l'adrénaline injectable. Les réactions bénignes à modérées tels que l'urticaire localisée, la réactivation d'un eczéma, les signes digestifs avec douleurs abdominales et/ou vomissements, l'angio-œdème sans signes respiratoires ou cardiovasculaires, la rhinite et rhino-conjonctivite ont comme traitement un anti-histaminique par voie orale.

La crise d'asthme nécessite l'administration de bêta-2-mimétiques inhalés, pouvant être renouvelés. Une corticothérapie orale est indiquée en cas de crise sévère.

L'œdème avec signes respiratoires, le malaise avec démanagements et/ou gêne respiratoire et/ou douleurs abdominales, le choc anaphylactique impose une injection immédiate d'adrénaline par voie intramusculaire dans la partie antéro-latérale de la cuisse à l'aide des dispositifs auto-injectables (Anapen[®] 0,15 mg ; Anapen[®] 0,30 mg ; Anapen[®] 0,50 mg selon le poids). L'adrénaline est également indiquée devant une progression et une association rapide de symptômes sans attendre l'asphyxie ou le collapsus. Toute réaction sévère, a fortiori si elle a justifié une injection d'adrénaline doit être suivie de l'appel des services d'urgences et d'une surveillance en milieu hospitalier [5].

7. DANS LES STRUCTURES PÉRISCOLAIRES ET LA RESTAURATION SCOLAIRE

L'actualisation du projet d'accueil individualisé par la Circulaire n° 2003-135 du 8 septembre 2003 incite les responsables des mairies et des restaurations scolaires à autoriser les « paniers repas » préparés et apportés par les

parents. L'accueil des enfants pendant les périodes périscolaires est sous la responsabilité des mairies. La prise en charge est tributaire des possibilités de réaliser un régime par la restauration scolaire. Les contaminations d'un produit fini avec l'aliment allergisant sont difficiles à contrôler. La sévérité d'une allergie alimentaire, l'impossibilité d'effectuer un régime d'éviction conduit à proposer, la prise des « paniers repas » préparés et apportés par leurs parents. Ces « paniers repas » sont autorisés officiellement d'après la circulaire n° 2001-118 du 25 juin 2001 relative à la composition des repas servis en restauration scolaire et à la sécurité des aliments. En pratique le repas des parents est stocké dans un emballage hermétique au nom et à la classe de l'enfant, puis déposé dans le réfrigérateur scolaire, toujours étiqueté au nom de l'enfant allergique. Ils seront réchauffés dans le four habituel à la restauration collective [7,8]. En fonction de l'allergie alimentaire et des possibilités d'éviction, la restauration scolaire est à envisager sans panier-repas.

8. DES PROPOSITIONS INDIVIDUALISÉES ET CONCERTÉES EN RESTAURATION SCOLAIRE

L'accueil en restauration scolaire doit prendre en considération les symptômes de l'allergie alimentaire [7]. Une urticaire à l'ingestion d'un aliment devrait permettre l'accès à restauration scolaire, sous réserve d'une 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 fonction des possibilités d'éviction de 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 derniers enfants atteints d'une allergie alimentaire sévère, devraient être autorisés à consommer les repas préparés et apportés par leurs parents, à côté des enfants de la restauration scolaire normale.

9. L'ÉDUCATION EST UNE ÉTAPE ESSENTIELLE

L'éducation a une place déterminante : il est nécessaire d'éduquer 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 à risque (goûters, collation de dix heures, ateliers cuisine, travaux pratiques...), à connaître le lieu de rangement des médicaments et à apprendre le maniement des dispositifs auto-injectable d'adrénaline [4].

10. CONCLUSION

La prise en charge des allergies alimentaires à l'école et les structures périscolaires ne peut pas être standardisée. Au contraire, elle doit être individualisée, adaptée à chaque

enfant. Si nombreux progrès restent encore à faire pour améliorer la prise en charge des enfants allergiques aux aliments, le PAI représente une étape importante qui réduit le risque de réactions accidentelles en milieu scolaire et périscolaire [4].

CONFLIT D'INTÉRÊT

Absence de conflit d'intérêt.

Encadré :

Un bilan allergologique initial précis indispensable avant la mise en place d'un PAI.

Demande de PAI par les parents auprès du directeur d'établissement.

Les objectifs du PAI : insertion scolaire, adaptation pédagogique et assistance en cas d'urgence.

Les lieux concernés par le PAI : ensemble du temps passé scolaire et périscolaire, y compris centre de loisirs et de vacances, les crèches et haltes-garderies.

Démarche concertée entre enfant, famille, équipe éducative, personnels de la promotion de santé et médecin traitant.

Le médecin traitant (allergologue) décrit les allergies et prescrit un protocole de traitement en cas de réactions allergiques accidentelles.

L'éducation est essentielle : informer le personnel enseignant des signes de gravité et des traitements à administrer.

À la restauration scolaire : éviction, plat de substitution ou « panier-repas » en cas d'impossibilité d'assurer un régime adapté ou d'allergies sévères.

RÉFÉRENCES

- [1] Rancé F, Grandmottet X, Grandjean H. Prevalence and main characteristics of school children diagnosed with food allergies in France. *Clin Exp Allergy* 2005;35:167–72.
- [2] Sicherer SH, Sampson HA. Food allergy. *J Allergy Clin Immunol* 2010;125(2 Suppl. 2):S116–25.
- [3] Rancé F, Deschildre A, Villard-Truc F, et al. Oral food challenge in children: an expert review. Position paper of the section of Pediatrics of the French Society of Allergology and Clinical Immunology (SFAIC) and of the Pediatric Society of Pulmonology and Allergology (SP2A). *Eur Ann Allergy Clin Immunol* 2009;41:35–49.
- [4] Muraro A, Clark A, Beyer K, et al. The management of the allergic Child at school. EAACI/GA2LEN Task Force on the allergic child at school. Position Paper 2009. *Allergy* 2010;65:681–9.
- [5] Muraro A, Roberts G, Clark A, et al. EAACI Task Force on Anaphylaxis in Children. The management of anaphylaxis in childhood: position paper of the European academy of allergology and clinical immunology. *Allergy* 2007;62: 857–71.
- [6] <http://www.education.gouv.fr/bo/2003/34/MENE0300417C.htm>.
- [7] Rancé F, Dutau G. L'accueil des enfants atteints d'allergies alimentaires à l'école et dans les structures périscolaires. *Arch Pediatr* 2000;7: 319–20.
- [8] Romano MC. Le Projet d'accueil individualisé et ses adaptations pour les allergies alimentaires. *Allerg Immunol (Paris)* 2003;35:17–21.