

Ecole Nationale de la Santé Publique

Formation : Médecin de l'Education Nationale

Date du Jury : 8 juillet 1999

Allergie alimentaire

et intégration scolaire

Dr Christine LEVOYER

Merci à Philippe, Arthur, Pauline et à mes parents

Pour leur patience, leur courage et leur aide.

Je remercie également pour leur disponibilité, leur aide et l'intérêt porté à ce mémoire :

Mme le Docteur Francine HIRTZ, responsable départementale, conseiller technique auprès de l'inspecteur d'académie des Yvelines

Mme Marie- Line PUJAZON professeur au département politiques et institutions de l'Ecole Nationale de Santé Publique.

Ainsi que tous les médecins de l'éducation nationale des Yvelines qui ont répondu en grand nombre au questionnaire, et toutes les personnes qui ont pris un peu de leur temps pour m'accorder un entretien.

Merci également à Mme ZALAY de l'association de prévention des allergies qui m'a très gentiment fourni de très nombreuses et précieuses informations.

GLOSSAIRE

AA= ALLERGIE ALIMENTAIRE

A.M.M=AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ

C.I.C.B.A.A= CERCLE D'INVESTIGATION CLINIQUE ET BOLOGIQUE
EN ALLERGIE ALIMENTAIRE

IEN= INSPECTEUR DE L'ÉDUCATION NATIONALE

IGE= IMMUNOGLOBULINE E

PAI= PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

Les chiffres en index renvoient aux notes de bas de page

Les chiffres entre parenthèses renvoient à la bibliographie de fin
d'ouvrage.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	Page	3
 PREMIERE PARTIE : ALLERGIE ALIMENTAIRE ET ECOLE.		
Données Médicales, scolarisation, législation		5
A. Données Médicales		5
1) Définition		5
2) Fréquence chez l'enfant		6
3) Principales manifestations cliniques		7
4) Principaux aliments en cause		10
5) Diagnostic positif et différentiel		11
6) Traitement		13
 B. Allergie alimentaire et scolarité		
1) Problèmes rencontrés à l'école		15
2) Problèmes rencontrés à la cantine		16
3) Problèmes rencontrés par les médecins de l'éducation nationale		16
 C. Textes réglementaires		
1) Loi du 10 juillet 1989		17
2) Circulaire du 24 juin 1991		18
3) Circulaire du 22 juillet 1993		18
4) Loi du 5 avril 1937		21

DEUXIEME PARTIE :ETUDE SUR LE TERRAIN	
ANALYSE, DISCUSSION ET PROPOSITIONS.	23
A. Les hypothèses	23
B. L'enquête	24
1) Le questionnaire	24
2) Les entretiens : analyse et discussion	26
3) les limites	32
C. Les propositions	32
CONCLUSION	36
BIBLIOGRAPHIE	
TEXTES REGLEMENTAIRES	
ANNEXES	

INTRODUCTION

L'allergie alimentaire est une pathologie en augmentation. Selon le Dr BIDAT¹, elle touche 6% des enfants, le Dr RANCE² estime l'incidence entre 4 et 8,5%, et le Dr MOLKHOU³ parle de 10% environ d'enfants présentant une allergie alimentaire.

Son diagnostic est difficile et nécessite une enquête rigoureuse. Cette allergie alimentaire peut-être à l'origine d'accidents aigus à type de choc anaphylactique entre autre qui peut-être mortel, et nécessite donc des mesures particulières : suppression de l'aliment responsable, traitement de fond et traitement des accidents aigus.

La scolarisation de ces enfants va ainsi demander des mesures particulières, tant au niveau de l'école que du restaurant scolaire. Cela ne va pas sans poser des problèmes au niveau de l'organisation et des responsabilités en cas d'accident.

De ce fait un certain nombre de ces élèves n'est pas autorisé à fréquenter la cantine, et pour les plus jeunes (moins de 6 ans) l'inscription à l'école est parfois refusée.

Or les textes officiels prévoient que l'accueil à l'école doit pouvoir se faire pour tous les enfants dès l'âge de trois ans, y compris pour ceux présentant une pathologie chronique. Des solutions doivent donc être possibles pour les élèves allergiques.

Le médecin de l'éducation nationale en tant que référent santé est au centre du problème, et doit pouvoir permettre à ces enfants d'être accueillis au sein de la communauté scolaire avec le moindre risque. Ce qui nécessite une étude approfondie de la question sous tous ses aspects.

¹ Bidat E. Allergies alimentaires : les étapes diagnostiques. *Impact quotidien*, n°1198, 08 04 98 p11

² Rancé Allergie alimentaire actualités et perspectives

³ Molkhov P. Allergies alimentaires, problèmes actuels et futurs. *Institut UCB de l'allergie*

Ce travail se propose dans une première partie, de faire le point sur les données actuelles de l'allergie alimentaire, de recenser les problèmes posés à l'école et d'étudier les textes réglementaires. Dans une deuxième partie, de vérifier les hypothèses émises par une étude sur le terrain, et après discussion des résultats, de proposer des solutions concrètes pour que ces enfants puissent être intégrés à l'école avec le minimum de risques et avec l'acceptation de tous.

PREMIERE PARTIE : ALLERGIE ALIMENTAIRE ET ECOLE

DONNEES MEDICALES , SCOLARISATION , LEGISLATION

A. Données médicales

1) définition

La plupart des auteurs dont les DRrs Moneret- Vautrin⁴, Rancé⁵ et Molkhou⁶, est d'accord pour définir l'allergie alimentaire (AA), comme l'ensemble des manifestations cliniques liées à une réponse immunoallergique dirigée contre les allergènes alimentaires.

C'est une réaction immunologique, dépendante des immunoglobulines E (IG E), mais pas exclusivement (cas des intolérances aux protéines du lait de vache ou de la maladie cœliaque) qui se traduit par des manifestations cliniques qui sont le plus souvent immédiates, parfois semie-retardées exceptionnellement retardées.

Cette allergie IG E dépendante est chronologiquement la première manifestation d'un terrain atopique chez 90% des enfants et 65% des adultes ayant une AA.(8) (Le terrain atopique se définissant comme l'anormale facilité à fabriquer des IG E spécifiques vis à vis d'un allergène naturel introduit par voie naturelle). Normalement l'organisme humain possède à l'état physiologique un système immunitaire spécialisé qui développe une tolérance digestive à l'égard des substances étrangères que sont les aliments. Les sujets ayant une AA ont une réaction anormale face à ces aliments (8).

⁴ Moneret-Vautrin D.A, Kanny G. Allergies alimentaires. *Rev. Prat.* 1996, 46, p961

⁵ Rancé F, Kanny G, Dutau G, Moneret-Vautrin D.A, Aspects cliniques de l'allergie alimentaire. *Rev. Fr. allergol.* 1998, 38 (10) p900

⁶ Molkhou P. Allergies alimentaires : problèmes actuels et futurs. *Institut UCB de l'allergie*, p10

Cette définition de l'allergie alimentaire, permet de la distinguer des fausses allergies alimentaires qui sont liées à la consommation excessive d'aliments riches en histamine, tyramine ou produits histamino-libérateurs.

2) La fréquence chez l'enfant

La fréquence de l'allergie alimentaire dans la population et plus particulièrement chez les enfants est difficile à évaluer avec précision pour plusieurs raisons.

Le polymorphisme des tableaux cliniques.

L'AA se traduisant par des symptômes variés digestifs, pulmonaires, cutanés ou autres, l'origine allergique alimentaire de ces troubles n'est pas toujours mise en évidence, soit du fait de l'existence d'un allergène masqué que le seul interrogatoire ne pourra retrouver, soit par la non recherche systématique d'une origine alimentaire à un asthme ou un eczéma par exemple.

La difficulté d'établir une définition précise de l'allergie alimentaire.

Certaines réactions d'intolérance alimentaire ou d'intoxication pouvant être qualifiées AA.

Certains patients définis comme AA sur des critères cliniques ont des tests de provocation négatifs.

En France, la constitution d'un groupe d'études spécifiques le CICBAA, (cercle d'investigations cliniques et biologiques en allergie alimentaire) permet de collecter des observations cliniques qui confirment des données déjà recueillies ou entrevues.

Néanmoins on peut ainsi dire que l'allergie alimentaire évolue avec l'âge et touche :

3 enfants pour 1 adulte avec une prévalence estimée entre 2,1% et 3,8%(11).

6% des enfants pour 1,5 à 2% des adultes (2)

Incidence 4 à 8,5% des moins de 8 ans et prévalence 1,4 à 1,8 % de la population adultes et enfants confondues (14).

10% des enfants (7).

La fréquence semble en augmentation, sans que des chiffres précis ne soient donnés

3) les principales manifestations cliniques

Les principales manifestations de l'AA sont cutanées, digestives ou respiratoires.

a) Manifestations cutanées

La dermatite atopique : tableau le plus évocateur chez le nourrisson, elle doit faire rechercher une allergie alimentaire qui sera retrouvée dans 33 à 50% des cas (8)

L'eczéma

L'urticaire

L'œdème de quincke

b) Manifestations digestives

Les douleurs abdominales récidivantes :elles devraient toujours faire rechercher une AA.

Les vomissements, diarrhées ou constipations.

L'intolérance aux protéines du lait de vache , dont la prévalence est de 2 à 3% pour l'ensemble des AA de l'enfant.⁷

La maladie cœliaque ou intolérance au gluten.

Ces deux derniers tableaux ne relevant pas d'une réaction immunologique IGE dépendante.

c) Manifestations respiratoires

Plus tardives, elles se traduisent essentiellement par de l'asthme dont certaines formes sont très sévères (2 à 8% des asthmes ont une origine allergique alimentaire) ou par des rhinites.

d) Manifestations aiguës

Œdème de quincke avec œdème laryngé

Choc anaphylactique parfois mortel. Dans une étude du CHU de Rouen,⁸ L'AA représente 48,5% des causes identifiées de choc anaphylactique et l'arachide est le deuxième trophallergène après les protéines du lait de vache.

Ces tableaux pouvant être précédés de signes digestifs ou oraux.

Toutes ces manifestations évoluent avec l'âge

Selon une étude prospective réalisée depuis 1995 par les services des Prs Moneret-Vautrin à Nancy et Dutau à Toulouse qui porte actuellement sur 703 cas⁹:

3 enfants pour 1 adulte sont touchés.

⁷ Dutau G, Rancé F, Juchet A. Allergies alimentaires de l'enfant. aspects nouveaux. *Rev. Fr. Allergol.*1995,35,p298

⁸ Marguet C, Couderc L, Blanc T, Amar R, Leloet C, Feray D, Mallet E. Anaphylaxie de l'enfant et de l'adolescent : à propos de 44 patients âgés de deux mois à 15 ans. *Arch. Pediatr.* 1999 :6 suppl 1 : 72-78

L'AA apparaît dans les trois quarts des cas avant 15 ans.

Un terrain atopique est retrouvé dans 70,5% des enfants.

La première manifestation de l'AA est la dermatite atopique, sa prévalence est de 65% avant l'âge de 3 ans, pour ne plus être que de 7% à l'âge adulte.(14)

L'asthme est la manifestation la plus fréquente dans la tranche d'âge des 18-20 ans (8%).(14)

L'urticaire est visible à tous les âges.

Chez l'enfant entre 0 et 15 ans les quatre manifestations les plus fréquentes sont :

La dermatite atopique 50,5%

L'urticaire et l'œdème 30,3%

L'asthme 8,6%.

La dermatite atopique étant la forme la plus fréquente chez l'enfant entre 0 et 6 ans.

L'anaphylaxie est relevée dans 51,8% des cas au delà de 6 ans avec la cacahuète comme premier aliment (11).

⁹ Rance F, Kanny G, Dutau G, Moneret-Vautrin D.A. Aspects cliniques de l'allergie alimentaire. *Rev. Fr. Allergol.* 1998,38 (10)p901

4) les principaux aliments en cause

La fréquence relative des aliments en cause est fonction des habitudes alimentaires de chacun, elle varie d'un pays à l'autre, et dans un même pays, d'un individu à l'autre selon ses habitudes alimentaires.

Dans les pays nordiques l'allergie au poisson est la plus fréquente, aux Etats unis la première place revient à l'arachide.

En France, toujours selon l'étude des services des Prs Moneret Vautrin à Nancy et Dutau à Toulouse sur 703 cas, les aliments les plus fréquemment en cause chez l'enfant sont :

L'œuf 35,7%

L'arachide 23,6%

Le lait de vache 8,3%

La moutarde 6%

La morue 4,3%

Ils représentent 78,1% des allergènes chez l'enfant.

Là aussi ces allergies évoluent avec l'âge, puisque la cacahuète occupe la première place dès l'âge de trois ans.

Une autre étude du Dr Moneret-Vautrin¹⁰ réalisée sur 92 enfants âgées de 5 mois à 14 ans donne des résultats très voisins.

L'adulte est préférentiellement sensibilisé aux allergènes végétaux, fruits et légumes arrivent en tête avec depuis peu une augmentation de fréquence pour le groupe fruits-latex (avocat, kiwi banane et châtaigne)

¹⁰ Moneret-Vautrin D.A, Kanny G. Allergies alimentaires, *Rev.Prat.* 1996,46, p962.

Ils existent également des allergies croisées entre certains fruits et légumes et certains pollens, ex.pommes-noisettes et bétulacées, tomates et graminées.

Le problème des allergènes masqués : il s'agit de protéines alimentaires présentes en petites quantités dans les préparations alimentaires dont l'identification est difficile, car le plus souvent non signalées donc méconnues, et à l'origine de réactions allergiques chez un patient sensibilisé qui les consomme à son insu.

Ces allergènes masqués sont un risque important de l'alimentation moderne, du fait du développement d'une sursensibilisation pouvant être à l'origine d'accidents allergiques graves

Ils posent le problème de l'étiquetage des produits industriels.

Les colorants et additifs peuvent également être à l'origine d'allergie.

Dans certains cas les accidents allergiques et en particulier l'anaphylaxie ne se révéleront qu'à l'effort.

5) diagnostic positif et différentiel

Diagnostic positif.

Le diagnostic d'allergie alimentaire nécessite une démarche logique et rigoureuse. Il comporte plusieurs étapes :

a) **Un interrogatoire minutieux** qui va rechercher des antécédents familiaux ou personnels d'atopie, préciser le mode d'alimentation de l'enfant depuis sa naissance, noter les particularités du régime alimentaire, essayer d'établir une relation entre les symptômes et l'ingestion d'aliments et noter s'il existe une pollinose pouvant faire suspecter une réaction croisée avec certains fruits ou légumes.

b) **Une analyse des signes cliniques** qui va préciser les symptômes cutanés, respiratoires digestifs ou autres. Leur sévérité, leur rapidité d'apparition et leur fréquence.

c) **Une enquête alimentaire catégorielle** par la réalisation d'un journal relevant tous les aliments et boissons pris pendant une semaine, avec leur quantité et leur composition aussi précise que possible.

d) **Les tests cutanés**, les pricks tests sont les tests de référence, facile à réaliser chez l'enfant, ils sont orientés par l'enquête alimentaire. Pour une bonne sensibilité de ces tests il est préférable d'utiliser les extraits natifs plus tôt que les extraits commerciaux.¹¹

e) **Les tests biologiques**, le dosage des IGE spécifiques est guidé par le résultat des tests cutanés, il complète ces derniers en mettant en évidence la présence dans le sang d'IGE spécifiques. Tests cutanés positifs et présences d'IGE spécifiques traduisent la sensibilisation du sujet à l'allergène.

f) **Les tests de provocation**, ils sont nécessaires pour affirmer l'allergie alimentaire en mettant en évidence une relation de cause à effet entre l'aliment et les manifestations cliniques. Ils sont de deux types :

Le test de provocation labiale, on dépose une goutte de l'extrait alimentaire sur la lèvre inférieure, qu'on laisse en contact pendant 1 à 2 mn, la bouche restant ouverte et on note après 15 mn la réaction obtenue. Celle-ci est cotée en 5 stades allant du simple déplissement de la lèvre (stade I) jusqu'à l'œdème de la joue voire des réactions plus générales (stade V). La sensibilité de ce test est de 85%. Lorsqu'il est franchement positif il dispense du test de provocation orale

Le test de provocation orale, il utilise soit l'aliment lyophilisé, soit natif, il doit être pratiqué en milieu hospitalier et

¹¹ Rancé F, Kanny G, Dutau G, Moneret-Vautrin D.A. Aspects cliniques de l'allergie alimentaire. Rev. Fr. Allergol. 1998, 38 (10), 900-905

est contre indiqué si l'allergie s'est manifestée par une réaction anaphylactique. Sa positivité est de 20 à 70% selon les auteurs.

Considéré par certains spécialistes comme l'étalon-or du diagnostic, il est controversé par d'autres qui considèrent qu'il ne réalise pas les conditions réalistes de l'accident clinique, qu'il occulte les réactions tardives et qu'il peut être dangereux en particulier dans l'allergie à l'arachide.

Diagnostic différentiel

Comme on l'a vu dans le chapitre précédent le diagnostic d'AA est un diagnostic difficile qui demande beaucoup de rigueur. Le diagnostic différentiel avec une fausse allergie alimentaire est difficile, il importera par l'interrogatoire de rechercher des facteurs favorisant l'altération de la muqueuse intestinale la rendant hyperperméable aux antigènes alimentaires sans que les réactions déclenchées soit d'ordre immunologique. On recherchera une prise fréquente de médicaments irritants comme l'acide acétylsalicylique, les antibiotiques ou les anti-inflammatoires, une consommation excessive d'aliments riches en histamine ou tyramine, une ingestion régulière d'irritants intestinaux tels que la moutarde ou les épices , une candidose intestinale ou une colite de fermentation.

Les examens complémentaires s'il persiste un doute après l'interrogatoire permettront de faire la différence.

6) Traitement

Après la mise en évidence de l'allergène et son identification précise, le premier traitement est bien sûr l'éviction de cet allergène, ce qui n'est pas toujours facile, en particulier dans le cas d'allergène masqué.

Un traitement par antihistaminiques H1 à longue durée d'action et cromoglycate disodique par voie orale est mis en place, mais il n'est malheureusement pas suffisant pour prévenir le choc anaphylactique dont

le risque est d'autant plus important que la dose réactive, au test de provocation orale, est faible. Il faut donc que le sujet soit averti, et qu'il soit muni en permanence d'une trousse d'urgence contenant de l'adrénaline et un corticoïde injectable. La précocité de l'injection sous-cutanée permet le plus souvent d'éviter le décès comme le montre l'étude de Sampson et coll. rapporté par les Drs Dutau¹² et Marguet¹³ dans leurs articles respectifs.

En ce qui concerne la prévention, afin de réduire l'incidence de l'AA chez le jeune enfant, il est conseillé, lorsqu'il existe des antécédents familiaux, de ne pas diversifier trop tôt l'alimentation, d'éviter les laits maternisés ou d'utiliser des laits hypoallergéniques.

Pour l'enfant d'âge scolaire, il faut avertir l'école de l'existence de l'allergie et mettre en place un protocole d'accueil individualisé (PAI)¹⁴ Le médecin de l'éducation nationale a dans l'établissement de ce PAI, un rôle très important. Il se mettra en relation avec le médecin spécialiste de l'enfant et assurera la concertation avec la famille d'une part et l'équipe éducative d'autre part, afin que l'accueil de l'enfant se fasse dans un climat serein et avec le moindre risque.

Une information précise sur l'allergie, ses manifestations, ses risques, les précautions et les mesures à prendre en cas d'accidents aigus, sera donnée aux enseignants, afin de dédramatiser la situation. Une trousse d'urgence sera fournie par la famille.

¹² Dutau G, Juchet A, Rancé F, Fejji S, Nouilhan P, Brémont F. Chocs anaphylactiques par allergies alimentaires. *Rev. Fr. Allergol.*, 1994, 34 (5), p411

¹³ Marguet C, Couderc L, Blanc T, Amar R, Leloet C, Feray D, Mallet E. Anaphylaxie de l'enfant et de l'adolescent : à partir de 44 patients âgés de 2 mois à 15 ans. *Arch. Pediatr.* 1999 :6 suppl.1 . p 76

¹⁴ Clerc R. Le haut risque allergique en milieu scolaire. *Rev. Fr. Allergol.* 1995, 35 (3)

B. Allergie Alimentaire et Scolarité

Les difficultés soulevées lors de l'accueil à l'école des enfants présentant une allergie alimentaire, ont été recensées à partir :

Des entretiens téléphoniques avec l'association de prévention des allergies¹⁵.

Des échanges avec mes confrères du service de promotion de la santé en faveur des élèves des Yvelines.

De mon expérience de 2 années en tant que vacataire.

Et de la lecture de certains articles de la presse non spécialisée.
(cf. article du monde, annexe VI)

1) Problèmes rencontrés à l'école

Pour les plus petits, de moins de 6 ans, l'école n'étant pas obligatoire, il arrive que l'inscription pose des problèmes et soit parfois refusée¹⁶, les directeurs d'école n'acceptant pas de prendre la responsabilité d'accueillir l'enfant allergique.

A l'école primaire, l'élève est accueilli avec un PAI dont la mise en place pose de moins en moins de problèmes, car de plus en plus courant. Par contre, il n'en va pas de même pour son application et en particulier pour les mesures à prendre en cas d'accidents aigus, les enseignants étant réticents à faire une injection en cas d'urgence.

Il existe également un problème lors des classes transplantées, par rapport à la prise des repas en particulier, et là encore dans certains cas les enfants ne peuvent partir avec leurs camarades , d'où discrimination évidente et mise à l'écart du groupe.

¹⁵ Association pour la prévention des allergies : BP 12 91240 St Michel sur orge.

¹⁶ Annexe VI

2) *Problèmes rencontrés à la cantine*

la gestion des cantines revient au municipalité, qui ont la responsabilité des enfants durant toute la période du midi, soit de 11h30 ou 12h à 13h20 heure de réouverture de l'école.

La mise à disposition de repas adaptés au cas de l'enfant est souvent difficile à obtenir, qu'il s'agisse de repas préparé sur place ou par une cuisine centrale.

L'acceptation à la cantine, de l'enfant avec son repas préparé par la famille, n'est pas toujours possible en raison de la nécessité de respecter les règles d'hygiène alimentaire applicables au restaurant scolaire.

3) *Problèmes rencontrés par les médecins de l'éducation nationale*

Selon un questionnaire adressé aux 70 médecins du département des Yvelines, l'AA est un problème auquel ils sont confrontés de plus en plus souvent. Il suscite méfiance et réticence de la part des enseignants qui connaissent mal cette pathologie. L'établissement du PAI pose peu de problèmes, mais son application est plus difficile en raison de la non acceptation fréquente de faire une injection. D'autre part, les protocoles et les conduites à tenir en cas d'urgence sont très disparates selon les médecins traitants.

Le temps de cantine est également un problème, puisque dépendant des municipalités, le PAI établi avec les familles, les médecins traitants et les membres de l'éducation nationale n'est pas valable.

Avec les parents, la coopération est généralement bonne, ceux-ci étant conscients des risques de l'AA. Toutefois, certains ne comprennent pas pourquoi les enseignants ne peuvent pas faire une injection en cas d'urgence, d'autres que des repas adaptés ou la fourniture du repas à

réchauffer n'est pas possible. De ce fait certains parents refusent de prévenir l'école et la cantine de l'allergie de leur enfant de peur de le voir exclu ,le mettant ainsi en danger, mais en informent le médecin scolaire celui-ci étant tenu au secret professionnel !!

On le voit les problèmes sont multiples et sous tendus dans de très nombreux cas par la crainte des responsabilités. Chaque responsable, dans le contexte actuel, a peur d'une éventuelle mise en examen en cas d'accident, et préfère quand il le peut, ne pas prendre la responsabilité. C'est le cas de plus en plus fréquent des municipalités, même parmi celles qui jusqu'à présent acceptaient ces enfants.

C. les textes réglementaires

1. La loi d'orientation sur l'éducation du 10 juillet 1989

Article 1. L'éducation est la première priorité nationale, le service public de l'éducation est conçu et organisé en fonction des élèves et des étudiants. Il contribue à l'égalité des chances.

Le droit à l'éducation est garanti à chacun.

Dans le chapitre premier, article 2, il est dit que tout enfant doit pouvoir être accueilli à l'âge de trois ans dans une école maternelle ou une classe enfantine le plus près possible de son domicile, si ses parents en font la demande.

2 . circulaire n° 91-148 du 24 juin 1991

Missions et fonctionnement du service de promotion de la santé en faveur des élèves

Cette circulaire précise que la mission du service est de promouvoir la santé physique et mentale de tous les jeunes en vue de contribuer à leur bon équilibre et à leur épanouissement et d'assurer leur bonne insertion dans l'école. De favoriser l'intégration scolaire des jeunes handicapés et malades.

Elle indique que les médecins agissent en tant que conseiller technique en santé publique auprès des directeurs d'école et chefs d'établissement.

Qu'ils ont un rôle de liaison : le médecin entretient des contacts réguliers avec d'autres professionnels et d'autres instances, dans le milieu scolaire (assistante sociale, ensemble de la communauté éducative...) et hors du milieu scolaire (médecins hospitaliers ou libéraux, centres de santé et toute personne ayant des responsabilités auprès des jeunes : maire élus...)

3. circulaire n° 93-248 du 22 juillet 1993

L'école a une mission d'accueil et d'éducation de tous les enfants en difficulté, pour remplir cette mission *la circulaire définit les conditions d'accueil à l'école des enfants atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période et compatible avec une scolarité ordinaire.*

L'objectif est de permettre la réussite scolaire et l'insertion sociale et professionnelle de ces enfants en favorisant la scolarité grâce à des aménagements, et par ailleurs sur un plan psychologique d'éviter l'isolement dans lequel la maladie peut placer l'enfant ou l'adolescent et de développer au sein de l'école, l'adoption de comportements solidaires.

Cette circulaire concerne les élèves atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période et compatibles avec une scolarité ordinaire, pour lesquels des mesures particulières doivent être prises dans l'école.

Elle précise la nécessité d'une démarche concertée et propose la rédaction d'un document écrit : le protocole d'accueil individualisé (PAI)

Démarche concertée :

A partir des informations recueillies auprès de la famille et éventuellement du médecin traitant, le médecin de l'éducation nationale détermine l'aptitude de l'enfant à suivre une scolarité ordinaire et donne son avis sur les aménagements particuliers susceptibles d'être mis en place.

L'avis de l'équipe éducative sera également sollicité sur les dispositions à mettre en œuvre au sein de l'école.

Les aménagements envisagés ne doivent pas toutefois être préjudiciables au bon fonctionnement de l'école.

Le texte souligne le rôle des personnels du service de promotion de la santé en faveur des élèves dont la mission est d'apporter à chacun dans son domaine de compétence toute l'assistance requise aux équipes éducatives. Il leur appartient de contribuer à la résolution des difficultés qu'elles pourraient rencontrer.

La rédaction du PAI

Le rôle de chacun et la complémentarité des interventions seront précisés dans un document écrit (PAI) qui associe l'enfant sa famille, les partenaires extérieurs à l'équipe éducative et aux personnels de promotion de la santé.

Ce document organise, dans le respect des compétences de chacun et compte tenu des besoins thérapeutiques de l'enfant ou de l'adolescent, les

modalités particulières de la vie quotidienne à l'école et fixera les conditions d'intervention des partenaires.

Ce PAI est mis au point à la demande de la famille par le directeur de l'école en concertation avec le médecin de l'éducation nationale, à partir des besoins thérapeutiques précisés dans une ordonnance signée du médecin traitant.

Le traitement médical

Les dispositions concernant la prise de médicaments pendant le temps de présence à l'école ont été précisées dans la circulaire n°92-194 du 29 juin 1992.

S'agissant des problèmes des responsabilités qui peuvent se poser dans ce domaine, l'enseignant bénéficie du régime de substitution de responsabilité prévu par l'article 2 de la loi du 5 avril 1937.

Par ailleurs, il est prévu qu'il n'est pas souhaitable, sauf à titre tout à fait exceptionnel, qu'à la demande de la famille, l'enseignant ou un membre de l'équipe éducative administre un traitement sous une autre forme que la voie orale ou inhalée. En tout état de cause, la décision d'administrer un traitement médical à un élève est laissée à l'appréciation de l'enseignant ou du chef d'établissement en coordination avec le médecin de l'éducation nationale.

En ce qui concerne les soins d'urgence, la circulaire précise qu'il y a lieu de prévoir l'organisation des premiers soins en cas d'incidents d'accidents ou de manifestations aiguës de la maladie. Il sera établi dès la demande d'accueil, un protocole d'intervention décrivant les signes d'appel, les symptômes visibles, et les mesures à prendre pour assurer la mise en sécurité de l'enfant, les médecins à joindre, les permanences téléphoniques

et les éléments d'information à fournir aux services d'urgences. Ce protocole d'urgence signé par le médecin traitant est inclus dans le PAI.

4) Loi du 5 avril 1937

Art 2. – « Dans tous les cas où la responsabilité des membres de l'enseignement public est engagée à la suite ou à l'occasion d'un fait dommageable commis soit par les enfants ou jeunes gens qui leur sont confiés à raison de leurs fonctions, soit à ces enfants ou jeunes gens dans les mêmes conditions, la responsabilité de l'état sera substituée à celle desdits membres de l'enseignement, qui ne pourront jamais être mis en cause devant les tribunaux civils par la victime ou ces représentants. »

5) En ce qui concerne les règles d'hygiène alimentaire à respecter dans les restaurants de collectivité, ***l'arrêté du 29 09 1997***, ne donne aucune précision quant à la possibilité d'apporter et de faire réchauffer un repas préparé à l'extérieur. Dans ce domaine, on peut se référer à la réponse donnée par Mr Claude ALLEGRE (annexe IV) à une question de Mr Christian ESTROSI posée le 15 12 1997 à l'assemblée nationale et concernant la fréquentation des restaurants scolaires par les enfants allergiques, et à la réponse donnée par la direction des services vétérinaires de la haute Garonne, à un maire de la région concernant les repas de régime pris dans les restaurants scolaires.

6) En ce qui concerne la responsabilité des maires concernant les enfants fréquentant les restaurants scolaires, il n'existe aucun texte spécifique, et ce vide juridique est à l'origine de décision d'exclusion ou de nombreuses interrogations (annexe VII).

L'allergie alimentaire est donc une pathologie dont la fréquence est en augmentation chez l'enfant, et qui peut-être à l'origine d'accidents mortels. Son traitement est difficile et repose essentiellement sur l'éviction de l'allergène pour éviter les accidents aigus de type anaphylactique qui peuvent mettre la vie du sujet en danger et nécessite une prise en charge thérapeutique rapide.

La scolarisation des enfants présentant une allergie alimentaire nécessite des aménagements qui font l'objet de la rédaction d'un protocole d'accueil individualisé. Certaines mesures telles que les traitements d'urgence ou les régimes alimentaires posent de problèmes. D'autre part la double responsabilité de l'éducation nationale en ce qui concerne le temps scolaire et des municipalités en ce qui concerne le temps de cantine est source de difficultés dans la mise en œuvre des mesures.

La législation donne un cadre pour accueillir ces enfants mais essentiellement dans le domaine de l'éducation nationale.

Dans la deuxième partie, après avoir énoncé les hypothèses concernant les difficultés d'accueil des enfants allergiques, nous allons étudier les résultats d'une étude faite sur le terrain auprès des différents intervenants.

DEUXIEME PARTIE :L'ETUDE SUR LE TERRAIN

ANALYSE, DISCUSSION ET PROPOSITIONS

A. Les Hypothèses

Des différents chapitres précédents il ressort que les difficultés rencontrées par les enfants allergiques et par leurs parents sont dues d'une part à *une méconnaissance de cette pathologie*, qui est actuellement en augmentation, mais dont peu de personnes entendait parler auparavant.

A la difficulté de supprimer tout contact avec l'aliment responsable, et plus particulièrement lors des repas à la cantine.

A la peur des responsabilités qu'entraînent l'acceptation de ces enfants, et de ce fait au respect strict des textes réglementaires.

A la multiplicité des partenaires concernés :parents, éducation nationale, municipalités, médecins libéraux ou hospitaliers, qui n'ont pas toujours l'habitude de travailler en concertation.

Et enfin, éventuellement à *un problème financier*, du soit au surcoût qu'entraîne la mise en place de menus spéciaux, soit à l'achat de fours ou réfrigérateurs.

Pour améliorer l'accueil de ces enfants allergiques, et éviter leur marginalisation dans l'institution scolaire, il est nécessaire d'avoir une attitude commune face à ce problème, et le médecin de l'éducation nationale est bien placée pour assurer le lien entre les différents partenaires et essayer d'obtenir un consensus général.

B. L'enquête

Cette enquête sur le terrain a comporté un questionnaire adressé aux médecins de l'éducation nationale, et des entretiens réalisés auprès des différents partenaires c'est à dire des inspecteurs de l'éducation nationale(IEN), des directeurs d'école, des médecins allergologues, des représentants de mairie, des responsables de société de restauration collective et des parents d'enfants allergiques.

1) le questionnaire

70 questionnaires (annexe I) ont été adressés aux médecins de l'éducation nationale du département des Yvelines, afin de connaître les problèmes qu'ils rencontrent lors de l'intégration scolaire des enfants présentant une allergie alimentaire. 61 réponses me sont parvenues, soit un taux de réponses de 87,1%. Il en ressort que pour 57,8% des confrères, l'allergie alimentaire est un phénomène auquel ils sont de plus en plus confrontés.

En majorité, l'accueil de l'enfant est possible (seul 4 refus ont été signalés) mais il se fait avec des craintes et des réticences de la part des enseignants dans 48,5% des cas, ce qui nécessitent d'informer et d'expliquer la pathologie, les risques et la conduite à tenir en cas d'urgence, et de dédramatiser car même si le risque d'accidents aigus n'est pas nul, il reste minime si toutes les précautions sont respectées et il dépend des enfants.

Dans l'ensemble, l'établissement du PAI se fait facilement, celui-ci étant entré dans les habitudes. Mais son application pose des problèmes en particulier en ce qui concerne la nécessité éventuelle de pratiquer une injection sous-cutanée en cas d'urgence.

D'autre part a été signalé :

1. La disparité des protocoles d'urgence prescrits par les médecins, ce qui ne facilite pas leur application.

2. Les limites du PAI, en particulier pour le temps de cantine, puisque ce protocole signé par des membres de l'éducation nationale ne s'applique pas aux personnels de cantine.

Au niveau de la cantine, dans 47,1% des cas la fréquentation est possible, avec soit des repas adaptés, soit des repas préparés par la famille et réchauffés.

Dans une dizaine de cas, les municipalités refusent la fréquentation de la cantine, pour des raisons de responsabilités, d'impossibilités de donner des médicaments, ou de respect des normes d'hygiène alimentaire. Les parents devant trouver une solution à l'extérieur. Dans d'autres cas, la solution se fait au cas par cas.

Les problèmes rencontrés sont donc :

1._ Dans la mise en place du PAI de faire accepter l'éventualité de devoir faire une injection en cas d'urgence, qui en cas de choc anaphylactique peut permettre de sauver l'enfant si elle est faite dans les trente premières minutes.

2._ De faire comprendre à certains parents que les enseignants peuvent ne pas accepter de faire cette injection, ou que la fréquentation de la cantine n'est pas possible sans risques.

3._ La disparité des protocoles d'urgence, et parfois leur complexité, rendant difficile leur mise en application par les enseignants qui n'ont pas de formation médicale.

4._ De gérer le temps de cantine qui est sous la responsabilité de la municipalité et non de l'éducation nationale. Deux confrères considèrent que cette période hors temps scolaire n'est pas de leur ressort. Où le rôle du médecin scolaire s'arrête-il ?

5._ De trouver une solution pour les repas, lorsqu'il n'y a pas de possibilité d'adapter les menus. Dans 2 cas, il est signalé que des fours

micro-ondes ont pu être achetés, soit par participation de la mairie, soit par regroupement de parents.

2) *les entretiens*

a. Le secteur géographique

L'enquête s'est déroulée dans le district de Rambouillet, qui est une zone semi-rurale située au sud du département des Yvelines. Elle n'a concerné que les écoles primaires.

b. Déroulement des entretiens

Ils s'agissaient d'entretiens semi-directifs, selon deux grilles d'entretien différentes. La première (annexe II), pour toutes les personnes non-médecins, et qui portait sur la connaissance de la maladie, sur la fréquence à l'école, sur les possibilités d'accueil à l'école et à la cantine, et sur les notions de responsabilités. La deuxième (annexe III), pour les allergologues, qui portait sur la fréquence actuelle dans la population et plus particulièrement chez les enfants, sur les traitements actuels et sur les difficultés ou au contraire les aménagements lors de la scolarisation.

Les entretiens ont eu lieu sur le lieu de travail des intéressés, ils ont duré entre 30 et 60 minutes, l'accueil a été très chaleureux, chaque intervenant étant très intéressé et très concerné par le problème.

c. Les personnes rencontrées

J'ai pu rencontré les deux inspecteurs de l'éducation nationale du district de Rambouillet, qui m'ont dit n'être pas directement concerné par le sujet, puisqu'ils ne sont informés par les directeurs d'école, que s'il y a problème. Mais qui ont pu me donner leurs lignes de conduite en matière de responsabilités.

Une directrice d'école de Rambouillet, et un directeur d'école d'une commune de 1800 habitants.

Deux parents d'élèves, d'enfants ayant une allergie alimentaire.

Deux adjointes au maire chargées des affaires scolaires, l'adjointe au maire de Rambouillet et l'adjointe au maire d'une petite commune rurale de 1490 habitants. Dans le premier cas la restauration scolaire est assurée par une grande société de restauration, dans le deuxième cas la restauration est assurée sur place par du personnel communal.

Deux diététiciennes de sociétés de restauration qui assurent chacune environ 10000 repas scolaires par jour.

Deux médecins spécialistes allergologues ayant toutes les deux des consultations dans les hôpitaux les plus proches c'est à dire Rambouillet pour l'une et Le Chesnay pour l'autre.

d. *Analyse des entretiens et discussion*

De ces entretiens plusieurs thèmes se dégagent :

La fréquence.

Membres de l'éducation nationale, responsable de mairie ou diététicienne, tous sont unanimes pour dire que depuis plusieurs années, l'allergie alimentaire est un problème auquel ils sont de plus en plus souvent confrontés, même si proportionnellement le nombre d'enfants concerné reste faible.

Les allergologues confirment ce sentiment en indiquant que la fréquence est en augmentation même si un chiffre précis ne peut être donné. Les allergies les plus fréquentes étant le lait et le blanc d'œuf surtout pour les plus jeunes, le poisson et l'arachide pour les plus grands, ce dernier étant le plus préoccupant du fait de sa croissance et de sa gravité potentielle.

La connaissance de la pathologie

Mis à part, bien sûr, pour les médecins et les parents, la pathologie est peu connue, uniquement dans les cas où les personnes y ont été confrontées, en particulier en ce qui concerne les risques d'accidents aigus et leur traitement.

L'accueil à l'école

Pour les inspecteurs de l'éducation nationale et les directeurs d'école, l'accueil ne pose pas de problèmes, et se fait au cas par cas avec la rédaction d'un PAI qui s'inscrit dans l'application des textes réglementaires. Ce PAI constituant un garant en cas d'accident.

L'application de ce PAI notamment en ce qui concerne la distribution de médicaments doit, pour eux, respecter strictement la réglementation, ce qui exclu donc la possibilité d'une injection en cas d'urgence. Deux personnes estimant toutefois que si la vie de l'enfant est en danger, ils feraient cette injection. (Référence à la non assistance à personne en danger).

Pour les médecins allergologues, cette non possibilité d'injection est un réel problème, car cela les amène à préconiser, dans l'attente des secours, sur le protocole d'urgence l'administration d'adrénaline sublinguale dont la preuve de l'efficacité n'a pas été démontré et est hors AMM. (autorisation de mise sur le marché).

En ce qui concerne les classes transplantées, là encore pour la majorité l'accueil est possible, se faisant au cas par cas avec bien sûr les mesures de précaution indispensables notamment en ce qui concerne les repas.

A chaque fois, les enseignants indiquent qu'ils placent l'intérêt de l'enfant au premier plan, en faisant tout ce qui est possible pour favoriser l'intégration et éviter la discrimination, mais toujours dans les limites de la sécurité de l'élève.

Les parents d'élèves ont un discours un peu différent, trouvant difficile l'intégration de leur enfant .Ils ne comprennent pas les réticences voir le refus des enseignants de pratiquer une injection en cas d'accident aigu, ou les difficultés lors de déplacement pour la journée ou en classe transplantée.

La possibilité de restauration

C'est le problème le plus délicat qui ne concerne en fait que les responsables des collectivités locales, les sociétés de restauration et aussi les médecins de l'éducation nationale chargés de trouver une solution.

Il ressort des entretiens que cet accueil est rarement possible, bien que les diététiciennes disent pouvoir adapter les repas pour certaines allergies, et uniquement après contact avec le médecin allergologue, tout en précisant que l'on ne peut pas assurer à 100% l'absence de risque.

A Rambouillet où la restauration est assurée par une société qui propose des aménagements, la mairie n'accepte pas les enfants estimant trop lourde la responsabilité prise.

Dans la petite commune où les repas sont préparés sur place, se pose le problème de la non formation des personnes qui font la cuisine, avec risque d'erreurs ou d'oubli et donc d'accidents.

Dans tous les cas aucun protocole tel que le PAI fait à l'école n'est établi, et aucune distribution de médicaments par le personnel communal n'est prévue voir autorisé.

Quant aux repas apportés par les enfants et préparés par les parents, dans un cas ils ne sont pas autorisés par souci du respect strict de la réglementation en matière d'hygiène alimentaire. Dans l'autre cas, ils sont autorisés et conservés dans un réfrigérateur différent de la cuisine.

Les parents d'élève ne comprennent pas toujours que leur enfant ne soit pas accepté à la cantine surtout lorsque les deux parents travaillent, et encore moins que le repas qu'ils sont près à fournir ne puissent être

réchauffé. Certains allant jusqu'à taire l'allergie de leur enfant au risque de mettre sa vie en danger, par peur de l'exclusion.

La coopération entre les différents partenaires

Au sein de l'éducation nationale, la coopération entre personnels enseignants, médecins de l'éducation nationale et parents se fait en général assez facilement. Par contre la coopération avec l'extérieur est plus difficile, voir inexistante.

Les allergologues regrettent de ne pas être contactés plus souvent par les médecins de l'éducation nationale, et ne savent pas où les joindre.

Les municipalités, n'ont pas de contact avec les médecins. Avec les directeurs d'école, la coopération est variable et dépend essentiellement des individus, probablement plus facile dans les petites communes.

Les sociétés de restauration n'ont jamais de contact direct avec l'école, qu'ils s'agissent des directeurs ou des médecins. Parfois avec les parents ou les communes, et quand un enfant leur est signalé avec l'allergologue.

Les responsabilités

C'est le problème majeur pour tous .

En ce qui concerne l'éducation nationale, IEN comme directeurs d'école s'en tiennent aux textes, et estiment que le PAI constitue un garant, et que dans la mesure où il est appliqué correctement, leur responsabilité ne peut être mise en cause.

Les mairies : elles ont la responsabilité des enfants durant le temps de cantine et devant la recrudescence des mises en examen en cas de problème, elles refusent ou hésitent à prendre le risque d'accepter ces enfants, d'autant qu'il existe un vide juridique dans ce domaine, et qu'aucune possibilité d'aménagement telle que celle appliquée à l'école n'existe.

Les sociétés de restauration : pour elles aussi, la responsabilité est un souci majeur, les diététiciennes estimant d'une part que pour réduire le risque au minimum il faudrait pratiquement une personne

pour s'occuper des menus spéciaux, ce qui n'est pas possible en terme de coût pour l'entreprise, et que d'autre part du fait de la possibilité d'allergènes masqués par étiquetage incomplet, il est impossible d'assurer une éviction totale du produit.

En conclusion de cette enquête il ressort que les hypothèses émises concernant les difficultés rencontrées dans l'accueil à l'école des enfants ayant une allergie alimentaire se confirment, avec trois points essentiels : la méconnaissance de la pathologie, la difficile concertation entre les différents partenaires concernés et le problème des responsabilités.

3) Les limites

Ce travail a été réalisé sur un secteur semi- rural et n'a concerné que l'enseignement primaire. Il serait utile d'élargir l'étude au niveau du secondaire.

D'autre part, le faible nombre d'enfants allergiques alimentaires par école, bien que la fréquence soit en augmentation, nécessiterait de pouvoir rencontrer plus d'intervenants et donc d'élargir le secteur géographique et de bénéficier de plus de temps.

L'interprétation des résultats doit donc tenir compte de ces éléments.

Ceci dit, les médecins allergologues comme l'association pour la prévention des allergies font des constatations équivalentes, avec une population d'enfants beaucoup plus importante.

C) Les propositions

L'allergie alimentaire est sans conteste une pathologie de plus en plus fréquente, pour laquelle il est indispensable de trouver des solutions, afin que les enfants qui en sont atteints la vivent le mieux possible et en particulier à l'école.

Pour cela et après l'étude réalisée on peut proposer :

1. **une meilleure formation** : formation des médecins et des infirmières de l'éducation nationale, pour actualiser leur connaissance dans le domaine de l'allergie alimentaire. Cette formation qui se fait dans le cadre de la formation continue, existe déjà dans la région de Toulouse et est assurée par le Dr Rancé allergologue au CHU Purpan, qui estime que les médecins scolaires sont non informés, ou imparfaitement formés sur le sujet et plus particulièrement sur la gravité potentielle des allergies.(annexe

VIII). Cette formation du personnel de santé de l'éducation nationale est également évoqué par le Dr Marguet¹⁷

ainsi qu'une formation des enseignants, dans le cadre des actions de formation continue, et à l'IUFM (institut universitaire de formation des maîtres) pour les familiariser avec les différentes pathologies dont les enfants scolarisés peuvent souffrir et en particulier l'AA, et les former aux gestes de première urgence, ce qui permettrait de lever craintes ou réticences grâce à une bonne connaissance. Ces propositions de formation ont été évoquées par une allergologue lors des entretiens et par le Dr Marguet et ses collaborateurs en conclusion de leur étude.(6).

2. **Une meilleure concertation** entre les différents partenaires : de l'analyse des entretiens, il ressort que cette concertation est peu présente voir inexistante actuellement. Or elle semble indispensable pour pouvoir traiter chaque cas dans les meilleures conditions et permettre à chacun de connaître tous les éléments du problème (données ou solutions possibles).

Dans cette concertation, il m'est apparu au cours de cette enquête que le médecin de l'éducation nationale devait en être le moteur, étant à l'interface entre le jeune, le monde de la santé, le monde de l'enseignement le tissu familial et social (cf. circulaire 91-148 du 24 juin 1991). C'est lui qui avertit par le directeur d'école, doit prendre contact avec les parents de l'enfant pour connaître le type d'allergie, et le nom du spécialiste suivant l'enfant.

Avec le médecin allergologue, pour connaître l'importance de cette allergie, afin d'évaluer les possibilités de fréquentation du restaurant scolaire et les risques de survenue d'un accident aigu.

¹⁷ Marguet C, Couderc L, Blanc T, Amar R, Leloet C, Feray D, Mallet E ? Anaphylaxie de l'enfant et de l'adolescent : à propos de 44 patients âgés de 2 mois à 15 ans. Arch. Pediatr.1999 : 6 suppl. 1, p 77s.

Avec les responsables municipaux et les sociétés de restauration collective, pour étudier les possibilités de fréquentation du restaurant, et ses modalités.

Et avec les membres de la communauté éducative pour leur donner toutes les informations nécessaires à l'accueil de l'élève.

Il réunira ensuite parents et enseignants pour rédiger le protocole d'accueil individualisé (PAI) qui précisera toutes les modalités concernant la fréquentation de l'école et les précautions à prendre en matière de goûter, sortie scolaire, classe transplantée...

3. **Au niveau des responsabilités** : La concertation doit pouvoir diminuer le poids des responsabilités, dans la mesure où chacun est d'accord sur les mesures qui accompagnent l'accueil de l'enfant. Il est évident qu'il faut respecter la législation existante, mais sans se réfugier derrière. Une redéfinition des responsabilités serait peut-être à envisager, notamment au niveau des collectivités locales, mais cela dépasse le cadre de ce travail.

4. **Au niveau du temps de cantine**, un protocole équivalent au PAI, établi en partenariat avec famille, responsables locaux et médecins (spécialistes et éducation nationale), pourrait être mis en place définissant les rôles et engagements de chacun. Le médecin de l'éducation nationale peut là encore être à l'initiative de cette convention. En ce qui concerne la fréquentation de restaurant scolaire, selon la gravité potentielle de l'AA définie avec l'allergologue et selon l'allergène en cause, et après concertation avec les municipalités et les services de restauration, on doit pouvoir proposer :

Soit la possibilité d'adapter les menus.

Soit la possibilité d'apporter et de faire réchauffer le repas préparé par la famille. La réponse de Mr Allègre et des services vétérinaires de la Haute Garonne vont dans ce sens.¹⁸

5. **Une concertation avec les médecins allergologues** pour définir un protocole d'urgence harmonisé et simple à utiliser pour les enseignants, pourrait être organisée entre médecins spécialistes et médecins de l'éducation nationale comme celle qui a été faite dans les Yvelines à propos de l'asthme. Ce protocole d'urgence destiné aux enseignants et donc à des non médecins, doit être rédigé dans des termes clairs, il doit être précis dans la description des symptômes qui doivent alerter et faire craindre l'accident aigu. Pour chaque signe, il doit indiquer la conduite à tenir : médicaments à donner avec une posologie très précise, personnes à contacter, ou autres mesures à prendre. Dans l'idéal et selon une des allergologues rencontrées, il ne doit pas contenir plus de trois médicaments qui selon elle sont par ordre de gravité croissante : un antihistaminique, puis un corticoïde, et enfin si l'état s'aggrave ou ne s'améliore pas de l'adrénaline si possible par voie injectable, sinon par voie sublinguale. L'existence d'adrénaline prête à l'emploi devra toujours être présente à l'école à destination des enseignants qui accepteraient de l'injecter, ou du médecin appelé en urgence. R Clerc.¹⁹ Dans son article sur le haut risque allergique en milieu scolaire, donne un exemple de PAI.

¹⁸ cf. annexe IV et V

¹⁹ Clerc R. Le haut risque allergique en milieu scolaire. Projet d'accueil individualisé. Rev. Fr. Allergol. 1995, 35p 291-292.

CONCLUSION

Ce travail a été très riche d'enseignements, il a confirmé la réalité du problème de l'allergie alimentaire, et les difficultés posées à l'école pour l'accueil de ces enfants.

La prise de conscience du problème par chacun est déjà un premier pas dans la prise en charge. Les solutions proposées, meilleure formation et meilleure concertation, doivent permettre de résoudre bon nombre de cas au niveau local, où le médecin de l'éducation nationale a un rôle important à jouer, pour que les enfants allergiques soient accueillis en toute sérénité et avec le minimum de risque à l'école.

Il doit informer chacun, et s'informer lui-même auprès des spécialistes pour avoir tous les éléments qui lui permettent de proposer les meilleures solutions pour intégrer les enfants et éviter leur marginalisation tant à l'école qu'au restaurant scolaire. Son rôle de coordination et d'interface trouve ici toute son importance.

Mais ces solutions n'ont bien entendu pas la prétention de résoudre cette question qui fait par ailleurs l'objet, au niveau national, d'une concertation entre notamment le ministère de l'Éducation Nationale et l'association de prévention pour les allergies, un groupe de travail est en train de se constituer, preuve que ce sujet est un véritable problème d'actualité.

BIBLIOGRAPHIE

1. Abrégé d'allergologie pratique. *Masson 2^{ème} édition* 1994
2. Bidat E. Allergies alimentaires : les étapes diagnostiques. *Impact quotidien*, n°1198, 08 04 1998, p11
3. Clerc R. Le haut risque allergique en milieu scolaire. *Rev. Fr. Allergol.* 1995,35(3),289-292
4. Dutau G, Rancé F, Juchet A. Allergies alimentaires de l'enfant. *Rev Fr. Allergol.* 1995,35(3),297-303
5. Dutau G, Juchet A, Rancé F, Fejji S, Nouilhan P, Brémont F. Chocs anaphylactique par allergie alimentaire. *Rev. Fr. Allergol*, 1994,34 (5) 409-417.
6. Marguet C, Couderc L, Blanc T, Amar R, Leloet C, Feray D, Mallet E Anaphylaxie de l'enfant et de l'adolescent :à propos de 44 patients âgés de 2 mois à 15 ans. *Arch. Pediatr.* 1999 :6 suppl.1 :72-78
7. Molkhov P. Allergies alimentaires, problèmes actuels et futurs. *Institut UCB de l'allergie.*
8. Moneret-Vautrin D.A, Kanny G. Allergies alimentaires. *Rev. Prat.* 1996,46,961-966
9. Moneret-Vautrin D.A, Kanny G, Frasier J.M. Principes rationnels de diététique en allergie alimentaire. *Med. et Nut.*-1994-T XXVIII.- n°3.158-166.
10. Paty E, Scheinmann P. Epidémiologie de l'allergie à l'arachide. *Rev. Fr. Allergol.* 1998,38(10),889-895.

11. Rancé F, Kanny G, Dutau G, Moneret-Vautrin D.A. Aspects cliniques de l'allergie alimentaire. *Rev. Fr. Allergol.* 1998,38(10),900-905.
12. Rancé F, Dutau G : Aspects pratiques de l'allergie à l'arachide : du diagnostic à la prévention. *Rev. Fr. Allergol.*,1998, 38(10)896-899.
13. Rancé F, Dutau G. Le syndrome d'allergies multiples. *Rev Fr. Allergol*,1998,38(4),267-274
14. Pezard C. Allergie alimentaire : actualités et perspectives. *Option bio*,1997/04/04,n :183

TEXTES REGLEMENTAIRES

1. Loi n° 89-486 du 10 juillet 1989 : *Loi d'orientation sur l'éducation*
2. Loi du 5 avril 1937- Art 2 : *Responsabilité de l'état en matière d'accidents scolaires.*
3. Circulaire n° 91-148 du 24 juin 1991 : *Missions et fonctionnement du service de promotion de la santé en faveur des élèves.*
4. Circulaire du 10 Novembre 1963 : *Accidents scolaires.*
5. Circulaire du 6 mars 1968 : *Mesures de prophylaxie à prendre en matière d'hygiène alimentaire dans les établissements publics universitaires et scolaires.*
6. Circulaire n° 76-312 du 29 septembre 1976 : *Information des chefs d'établissement sur les problèmes médicaux concernant les élèves.*
7. Circulaire n° 92-194 du 29 juin 1992 : *Accueil des enfants porteurs du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) dans les établissements d'enseignement publics et privés sous contrat des premier et second degré.*
8. Circulaire n° 93-248 du 22 juillet 1993 : *Accueil des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période, dans les établissements d'enseignement publics et privés sous contrat des premier et second degré.*
9. Arrêté du 29 septembre 1997 *fixant les conditions d'hygiène applicables dans les établissements de restauration collective à caractère social.*

LES ANNEXES

2) *Au niveau de la cantine*

Fréquentation possible : oui
non

Si oui de quelle façon
repas adapté
repas préparé par la famille et réchauffé à l'école

Si non : quelle(s) solution(s) avez vous proposé ?

3) *Avec les parents :*

4) *Autres.....*

Merci de votre coopération.

ANNEXE II

QUESTIONNAIRE D'ENTRETIEN N°1

Médecin de l'éducation nationale stagiaire, j'effectue une étude sur l'accueil à l'école des enfants présentant une allergie alimentaire, afin de connaître les difficultés que cet accueil peut entraîner, et les solutions qui peuvent être proposées à l'enfant.

- 1) Allergie alimentaire : fréquence, connaissance des symptômes et des traitements.
- 2) Confrontation au problème de quelle façon ?
- 3) Mode de résolution du problème : - à l'école
-au restaurant scolaire
- 4) La mise en place du projet d'intégration scolaire et ses éventuels problèmes.
- 5) Les partenaires concernés par le projet et les rapports entre eux.
- 6) Au niveau du restaurant scolaire, quelles ont été les aménagements mis en place.
- 7) Les responsabilités
- 8) Le coût financier.

ANNEXE III

QUESTIONNAIRE D'ENTRETIEN N°2

Médecin de l'éducation nationale stagiaire, j'effectue une étude sur l'accueil à l'école des enfants présentant une allergie alimentaire, afin de connaître les difficultés que cet accueil peut entraîner, et les solutions qui peuvent être proposées à l'enfant.

1. Allergie alimentaire : fréquence actuelle chez l'enfant
2. Les possibilités de traitement et de régime
3. Les adaptations possibles à l'école : traitement des accidents aigus ,les repas.
4. Les difficultés rencontrées par vos patients.
5. Les solutions que vous proposez.

ANNEXE V (non présentée)