

**FICHE
TECHNIQUE
D'INFORMATIONS**

ALLERGIES ALIMENTAIRES

Réalisation : mars 2000
Mise à jour : Juin 2015

SOMMAIRE

| | |
|--|-----------|
| 1. Quelques définitions et rappels sur les allergies | 3 |
| 1.1 Définition | 3 |
| 1.2 Prévalence et les aliments les plus fréquemment en cause | 3 |
| 1.3 Manifestations cliniques..... | 5 |
| 1.4 Le diagnostic | 6 |
| 1.5 Le traitement | 7 |
| | |
| 2. Cadre juridique : réglementation / recommandations / responsabilité..... | 8 |
| 2.1 Obligations en termes d'étiquetage | 8 |
| 2.1.1 Le cas des aliments préemballés..... | 8 |
| 2.1.2 Le cas des aliments non préemballés..... | 11 |
| 2.2 La restauration collective ; cas spécifique de l'accueil des enfants : situation actuelle, marges de progrès..... | 12 |
| 2.3 La responsabilité des acteurs | 13 |
| | |
| 3. La position du SNRC | 15 |
| 3.1 Nos problématiques..... | 15 |
| 3.1.1 Concernant la production de repas garantis sans allergènes :..... | 15 |
| 3.1.2 Concernant la perception des allergies par les intervenants | 16 |
| 3.1.3 Autres difficultés | 16 |
| 3.2 Nos recommandations générales | 17 |
| 3.3 Les recommandations selon les différents secteurs d'activités | 18 |
| 3.3.1 En secteur crèches, scolaire, périscolaire et centre loisirs (avec ou sans hébergement) | 18 |
| 3.3.2 En secteur santé, seniors, social et pénitentiaire | 19 |
| 3.3.3 En secteur entreprise et commercial | 19 |

1. Quelques définitions et rappels sur les allergies

1.1 Définition

L'allergie alimentaire peut être définie comme une réponse immuno-pathologique à un aliment complexe ou à un composant (protéine) d'un aliment (allergène) ou à un fragment protéique (épitope), par un individu génétiquement prédisposé (atopique). Cette réponse immunitaire particulière:

- Est le plus souvent liée à des immunoglobulines E (IgE) spécifiques ; c'est alors une réponse d'hypersensibilité immédiate ;
- Ou est une réaction d'hypersensibilité retardée, par médiation cellulaire (activation lymphocytaire).

Deux partenaires sont donc obligatoirement impliqués dans la réaction allergique : un allergène et un terrain atopique chez le sujet souffrant d'allergie alimentaire. Cette allergie est un phénomène à deux étapes : la première, silencieuse (dite de sensibilisation) après une première exposition à l'allergène, suivie d'une seconde (de déclenchement) des symptômes cliniques lors d'une nouvelle exposition. Dans la population générale, l'exposition orale à une protéine ne conduit pas à de telles réactions, mais est « tolérée ». La tolérance est une réaction physiologique normale.

Les individus allergiques ne sont cependant réactifs qu'à une ou à un petit nombre de protéines alimentaires parmi les centaines que nous ingérons. De plus, il existe une large gamme de sensibilité des individus allergiques à un même aliment, traduisant des différences individuelles importantes du degré de tolérance et donc du seuil de réactivité.

1.2 Prévalence et les aliments les plus fréquemment en cause

Les aliments allergéniques sont nombreux, variés. Il s'agit d'aliments « normaux », classiques, de bonne valeur nutritionnelle qui constituent l'alimentation de base de la grande majorité de la population sans entraîner aucun effet secondaire.

Au total, ce sont plus de 150 aliments dont on a rapporté le caractère allergénique dans le monde, même si le nombre d'allergènes majeurs (responsables des réactions les plus fréquentes et/ou les plus graves) est bien inférieur.

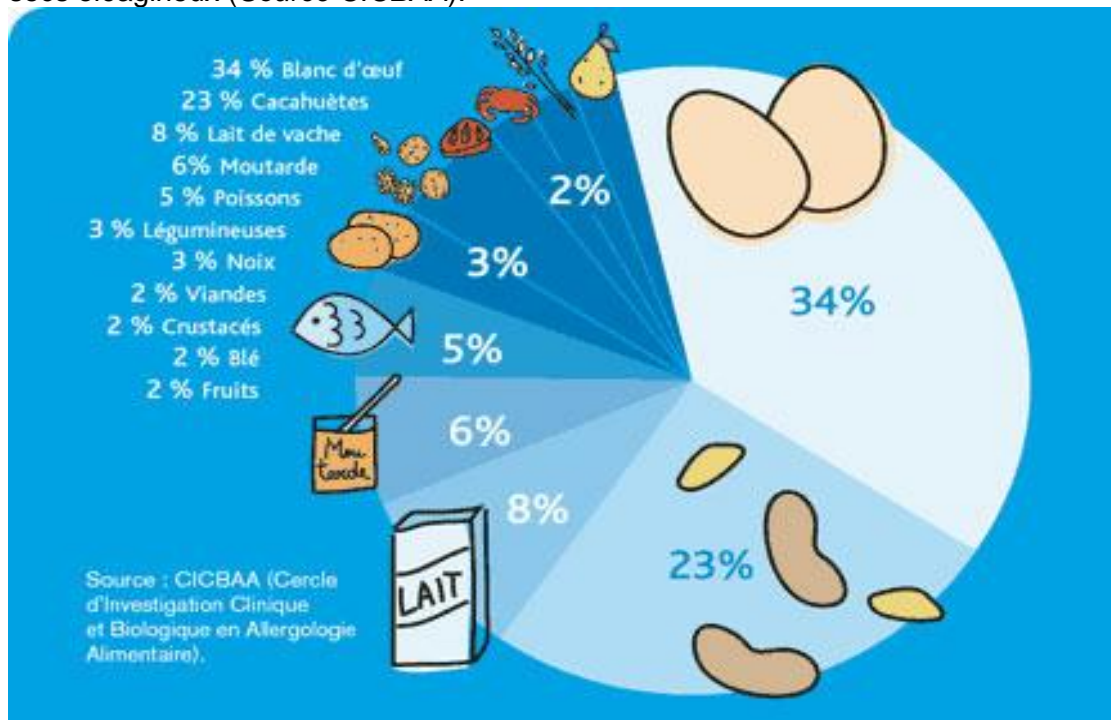
La prévalence des allergies alimentaires est elle aussi variable selon les pays et les modalités de collecte de l'information. Elle varie de 1 à 5% chez l'adulte et de 4 à 8% chez l'enfant. Les enquêtes par déclaration (questionnaires) font apparaître des prévalences bien supérieures (jusqu'à 15%, voire plus) qui ne sont pas confirmées par les tests cliniques.

En France, la proportion d'enfants allergiques de 1 à 6 ans est 3,6 fois plus importante que chez l'adulte (Moneret-Vautrin A.D., données du CICBAA, 2009). Lors du développement de l'enfant, l'allergie la plus précoce (avant 6 mois) est celle aux protéines de lait de vache, puis, avec la diversification de l'alimentation, s'installent les allergies à l'œuf (qui devient la plus fréquente) et à la farine de blé, ainsi qu'une fréquente sensibilisation à l'arachide, plus tardive, mais qui devient prépondérante entre 3 et 15 ans.

Le pourcentage d'installation d'une tolérance alimentaire varie selon les aliments et certaines allergies peuvent s'atténuer, voire disparaître avec l'âge. Ainsi, pour les fruits à coque, 85% des enfants allergiques le restent toute leur vie alors que 75 % des nourrissons allergiques au lait de vache ne le sont plus à l'âge de 3 ans (éviction correcte puis réintroduction).

Cependant, une très grande proportion d'enfants allergiques alimentaires évolue vers une allergie respiratoire par sensibilisation aux aéro-allergènes si la prise en charge de leur allergie n'a pas été l'objet d'une démarche de prévention. L'allergie alimentaire du nourrisson est ainsi le premier degré de « la marche allergique ». On voit apparaître des poly sensibilisations (réactions à plusieurs molécules différentes) aux fruits à coque au fur et à mesure de l'avancée en âge. On observe aujourd'hui des cas d'anaphylaxies sévères avec des allergènes « émergents » comme le lupin, les noix de cajou, le lait de brebis et de chèvre, les isolats de blé, le sarrasin ; un premier cas avec le quinoa a été signalé en France (Astier et al., 2009). La diversité des produits mis à la disposition des consommateurs par les industriels et la restauration, comme la complexification des recettes multiplie le nombre de protéines alimentaires auxquelles les atopiques sont exposés. Les technologies alimentaires, qui seront traitées plus loin, influent également sur l'allergénicité des produits.

Chez l'enfant, en France, l'œuf est le premier allergène par ordre de fréquence (34% des cas) suivi par l'arachide (23% cas), le lait (8%) et le poisson (5%). Il existe une prépondérance des trophallergènes d'origine animale, de l'arachide et des fruits secs oléagineux (*Source CICBAA*).



Chez l'adulte, en revanche, les allergènes d'origine végétale occupent une place importante : les fruits du groupe latex (bananes, avocats, châtaignes, kiwis) sont représentés à hauteur de 14% des cas, suivi des rosacées (abricots, cerises, fraises, framboises, noisettes, pêches, poires, pommes, prunes) représentant 13% des cas d'allergies. Les fruits secs oléagineux et ombellifères (aneth, carottes, céleri, graines de carvi, fenouil, persil) représentent 9,5% des cas. Les allergènes d'origine animale sont très minoritaires chez l'adulte (*Source CICBAA*).

Classification des principaux aliments allergéniques par famille

Groupe latex avocat, banane, châtaigne, kiwi

Groupe noix amande, noisette, noix, noix du Brésil, noix de cajou, noix de pécan, pignon, pistache

Ombellifères aneth, carotte, céleri, coriandre, fenouil, graines d'anis, graines de carvi, persil

Rosacées abricot, cerise, fraise, framboise, pêche, poire, pomme, prune

Légumineuses arachide, soja, pois, haricots, lentilles, fèves

1.3 Manifestations cliniques

Chez l'enfant, les manifestations cliniques de l'allergie alimentaire sont variées : rarement généralisées (choc anaphylactique), elles ont le plus souvent pour cible des organes comme la peau (urticaire, dermatite atopique), l'arbre respiratoire (asthme, rhinite), le tube digestif (régurgitations, vomissements, constipation, diarrhée, malabsorption) ou plusieurs organes simultanément. Les tableaux cliniques changent avec l'âge. La dermatite atopique est le symptôme le plus précoce : elle représente 80% des manifestations cliniques entre 0 et 1 an, 75% entre 1 et 3 ans, 34% entre 3 et 6 ans, 16% entre 6 et 15 ans et 4% après 15 ans. L'asthme semble plus fréquent chez les adolescents et les jeunes adultes. La fréquence du choc anaphylactique augmente avec l'âge : exceptionnel dans la première enfance, il représente près de 35% des symptômes après 30 ans. L'anaphylaxie augmente dans tous les pays, en particulier chez les enfants (+ 109% entre 2005 et 2008 en France) alors qu'elle y était rare et semble devoir rattraper le nombre de cas enregistrés chez les adultes. Le nombre de décès par choc anaphylactique est estimé annuellement à un minimum de un à trois cas par million d'habitants. Leurs causes sont attribuables dans un tiers des cas aux insectes, dans un tiers aux médicaments et pour le dernier tiers, aux aliments.

Quelques données épidémiologiques qui concernent la France

Allergies alimentaires dans la **population générale** : **3,2%** (Kanny ; 2001).

Allergies alimentaires dans la **population pédiatrique** : **3,4 à 6,8%** (Rancé ; 2005).

Nombre de cas d'anaphylaxie sévère déclarés (Réseau d'allergo vigilance 2) :

| Années | 2002 | 2003 | 2004 |
|--------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Nbre anaphylaxies | 107 | 85 | 102 |
| Dont Chocs | 75% | 42% | 46% |

L'**anaphylaxie alimentaire** représente de **17 à 37% des anaphylaxies totales**.

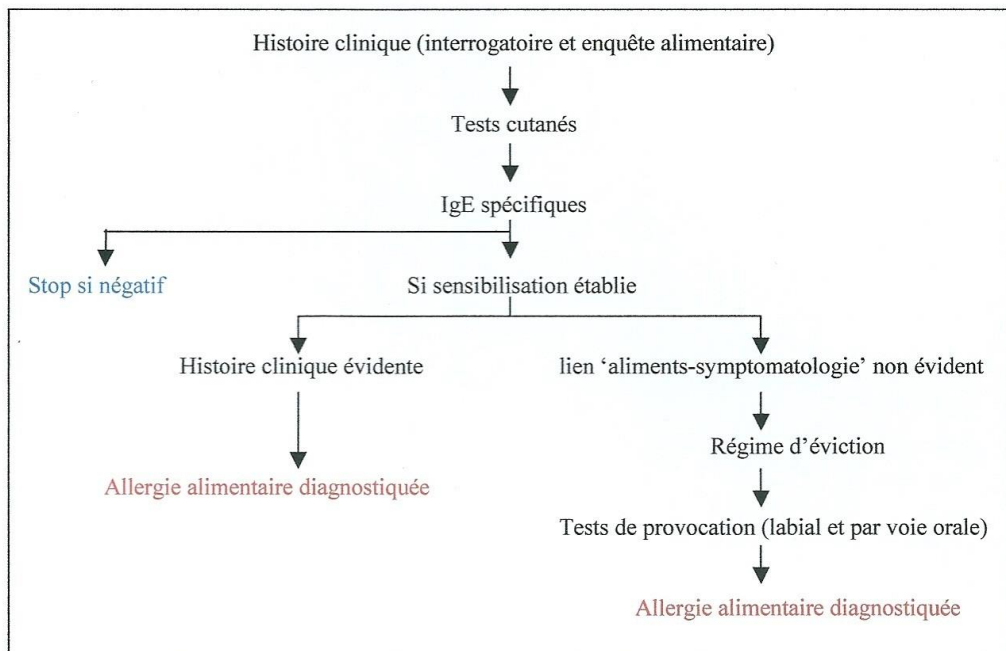
L'**anaphylaxie mortelle** touche environ **1 sujet par million d'habitants**.

1.4 Le diagnostic

Les principales réactions allergiques cliniques (1)

| Type de réaction | Tableau clinique | Organe cible | Symptomatologie |
|------------------|-------------------------|------------------|--|
| Cutanées | Dermatite atopique | Peau | <ul style="list-style-type: none"> Lésions d'eczéma (mal limitées, érythémateuses) sur le visage, faces d'extension des muscles, siège, plis de flexion Prurit |
| | Urticaire | Peau | <ul style="list-style-type: none"> Dermatose éruptive dues à un œdème dermique secondaire à une vasodilatation et à une augmentation de la perméabilité capillaire. Présence de papules roses, oedémateuses, prurigineuses |
| | Œdème de Quincke | Muqueuses | <ul style="list-style-type: none"> Dermatose due à un œdème hypodermique pouvant être fatal s'il touche la muqueuse pharyngo-laryngée. Tuméfaction blanc rosé, non prurigineuse mais accompagnée d'une sensation de tension. |
| | Syndrome oral de Lessof | Muqueuse buccale | <ul style="list-style-type: none"> Prurit et œdème labial, gingival, buccal, voire un œdème de la glotte. |
| | Rhinite | Muqueuse nasale | <ul style="list-style-type: none"> Obstruction et prurit nasal (inflammation de la muqueuse), toux et crise d'éternuement, conjonctivite. |
| Respiratoires | Asthme | Poumon | <ul style="list-style-type: none"> Constriction bronchique conduisant à une gêne respiratoire, avec dyspnée sifflante due principalement à une libération d'histamine. |
| Systémiques | Choc anaphylactique | | <ul style="list-style-type: none"> Insuffisance circulatoire aiguë, provoquée par une vasodilatation primitive périphérique liée à la libération massive de médiateurs. Mise en jeu du pronostic vital |

(1) Traité de médecine, 1996 Godeau P. Herson S. Piette J.



Algorithme pour le diagnostic de l'allergie alimentaire

D'après Rancé et Bidat : Allergie alimentaire chez l'enfant. Médecine et hygiène 2000.

1.5 Le traitement

Outre des traitements d'appoints discutés par certains comme les antihistaminiques par exemple, il existe dans le cadre des allergies alimentaires, deux grands types de traitement : le *traitement préventif* reposant sur le régime d'éviction et le *traitement du choc anaphylactique*

1) *Le traitement préventif* est fondamental. L'identification du ou des aliments responsables puis leur éviction du régime alimentaire sont, dans tous les cas, indispensables. Cependant, certains facteurs de risques doivent également être pris en compte : antécédents de réactions anaphylactiques, antécédents d'asthme instable ou mal contrôlé, allergie à l'arachide, aux noix et noisettes ainsi qu'aux poissons et crustacés. Ces éléments constituent, surtout chez l'enfant, des facteurs de gravité qui doivent être connus du patient pour éviter de développer un choc anaphylactique.

2) *Le traitement du choc anaphylactique* est une urgence médicale. L'efficacité du traitement repose sur la reconnaissance rapide de la symptomatologie et sur une prise en charge thérapeutique immédiate (adrénaline constitue le traitement de choix ; corticoïdes et antihistaminiques).

Les autres traitements dans le cadre des allergies alimentaires et en dehors de l'indispensable régime d'éviction, repose sur certaines molécules antiallergiques. D'une manière générale, ces traitements ont pour objectif principal de limiter certains effets secondaires de l'allergie mais ils ne peuvent se substituer au régime d'éviction.

Les traitements reposant sur l'immunothérapie spécifique (ou désensibilisation spécifique) restent encore actuellement du domaine de quelques services spécialisés. Il reste que ce type de traitement, fréquemment utilisé dans le cadre des allergies respiratoires par exemple, n'est pas très encourageant pour l'instant dans le domaine des allergies alimentaires. D'indications exceptionnelles, les désensibilisations sont efficaces dans la prévention du risque vital à des allergènes masqués ; elles ne sont en général pas suffisantes pour permettre la reprise de l'aliment à des quantités usuelles de 50 g ou plus.

2. Cadre juridique : réglementation / recommandations / responsabilité

2.1 Obligations en termes d'étiquetage

2.1.1 Le cas des aliments préemballés



Les allergènes

La directive européenne 2000/13/CE dite directive « étiquetage » avait fixé dans son annexe 3bis une liste de substances Allergènes à Déclaration Obligatoire (ADO), considérées comme allergènes « majeurs ». Cette liste a été reprise dans la Directive 2003/89/CE puis de nouveau modifiée par la Directive 2007/68/CE qui complète la liste initiale par le « lupin et produits à base de lupin » et les « mollusques et produits à base de mollusques ».

Le règlement UE n°1169/2011 (Règlement INCO) du 25 octobre 2011 relatif à l'information des consommateurs sur les denrées alimentaires, reprend cette même liste.

La liste des ingrédients qui doivent donc être mentionnés sur l'étiquetage des denrées alimentaires comprend désormais 14 catégories. Cette liste européenne a été retranscrite dans le code français de la consommation à l'annexe IV au chapitre II du titre 1er du livre 1er.

Cette réglementation, qui concerne également les boissons, vise les ingrédients et substances mis en œuvre volontairement, quelle que soit leur quantité et toujours présents dans le produit fini. Elle ne concerne ni la présence fortuite ni les produits non pré-emballés.

La référence au nom de la substance ou du produit doit être claire, il n'est pas nécessaire de la répéter si son indication figure clairement dans la dénomination du produit.

Le règlement UE n°1169/2011 précise également que : « *le nom de la substance ou du produit (allergène) est mis en évidence par une impression qui le distingue clairement du reste de la liste des ingrédients, par exemple au moyen du corps de caractère, du style de caractère ou de la couleur du fond* ».

En l'absence de liste des ingrédients, l'indication comportera « le terme «contient» suivi du nom de la substance ou du produit allergène.

La liste des ingrédients allergènes majeurs devant figurer sur l'étiquetage des denrées alimentaires est fixée par l'annexe II du règlement UE n°1169/2011 du 25 octobre 2011. Cette annexe II (reprise dans l'encadré ci-dessous) constitue donc la liste actuelle à prendre en compte au plan national et communautaire.

Annexe II du règlement européen (UE) n° 1169/2011

Céréales contenant du gluten, à savoir blé, seigle, orge, avoine, épeautre, kamut ou leurs souches hybridées, et produits à base de ces céréales, à l'exception des:

- a) sirops de glucose à base de blé, y compris le dextrose [\(1\)](#);
 - b) maltodextrines à base de blé [\(1\)](#);
 - c) sirops de glucose à base d'orge;
 - d) céréales utilisées pour la fabrication de distillats alcooliques, y compris d'alcool éthylique d'origine agricole.
2. Crustacés et produits à base de crustacés.
 3. Œufs et produits à base d'œufs.
 4. Poissons et produits à base de poissons, à l'exception de:
 - a) la gélatine de poisson utilisée comme support pour les préparations de vitamines ou de caroténoïdes;
 - b) la gélatine de poisson ou de l'ichtyocolle utilisée comme agent de clarification dans la bière et le vin.
 5. Arachides et produits à base d'arachides.
 6. Soja et produits à base de soja, à l'exception:
 - a) de l'huile et de la graisse de soja entièrement raffinées [\(1\)](#);
 - b) des tocophérols mixtes naturels (E306), du D-alpha-tocophérol naturel, de l'acétate de D-alpha-tocophéryl naturel et du succinate de D-alpha-tocophéryl naturel dérivés du soja;
 - c) des phytostérols et esters de phytostérol dérivés d'huiles végétales de soja;
 - d) de l'ester de stanol végétal produit à partir de stérols dérivés d'huiles végétales de soja.
 7. Lait et produits à base de lait (y compris le lactose), à l'exception:
 - a) du lactosérum utilisé pour la fabrication de distillats alcooliques, y compris d'alcool éthylique d'origine agricole;
 - b) du lactitol.
 8. Fruits à coque, à savoir: amandes (*Amygdalus communis* L.), noisettes (*Corylus avellana*), noix (*Juglans regia*), noix de cajou (*Anacardium occidentale*), noix de pécan [*Carya illinoensis* (Wangenh.) K. Koch], noix du Brésil (*Bertholletia excelsa*), pistaches (*Pistacia vera*), noix de Macadamia ou du Queensland (*Macadamia ternifolia*), et produits à base de ces fruits, à l'exception des fruits à coque utilisés pour la fabrication de distillats alcooliques, y compris d'alcool éthylique d'origine agricole.
 9. Céleri et produits à base de céleri.
 10. Moutarde et produits à base de moutarde.
 11. Graines de sésame et produits à base de graines de sésame.
 12. Anhydride sulfureux et sulfites en concentrations de plus de 10 mg/kg ou 10 mg/litre en termes de SO₂ total pour les produits proposés prêts à consommer ou reconstitués conformément aux instructions du fabricant.
 13. Lupin et produits à base de lupin.

14. Mollusques et produits à base de mollusques.

⁽¹⁾ Et les produits dérivés, dans la mesure où la transformation qu'ils ont subie n'est pas susceptible d'élever le niveau d'allergénicité évalué par l'Autorité pour le produit de base dont ils sont dérivés.





Cas particulier du gluten

Le règlement (CE) n°41/2009 du 20 janvier 2009, relatif à la composition et à l'étiquetage des denrées alimentaires convenant aux personnes souffrant d'une intolérance au gluten (maladie cœliaque), est applicable depuis le 1er janvier 2012. Par contre, pour les produits existants, il est applicable depuis le 1er janvier 2009. Il définit les « denrées alimentaires pour personnes souffrant d'intolérance au gluten ». Il fixe la teneur maximale en gluten des denrées destinées aux personnes souffrant d'intolérance au gluten (produits diététiques sans gluten) à 20 mg/kg dans le produit fini. Ces denrées comporteront la mention « sans gluten » (cf. Codex Alimentarius pour les aliments diététiques sans gluten, avec test Elisa référent « R5 Mendez » pour la mesure du gluten dans les aliments). Elles peuvent également comporter la mention « très faible teneur en gluten » pour les produits diététiques contenant des dérivés de céréales « toxiques pour les cœliaques » (donc en général produits diététiques contenant un amidon de blé sélectionné) dans le cas où ces produits ont une teneur maximale en gluten située entre 21 et 100 mg/kg dans le produit fini.

Ce règlement fixe également les conditions d'étiquetage et de présentation pour des produits de consommation courante ou des denrées destinées à une alimentation particulière (alimentation des nourrissons) autre que celle des personnes souffrant d'intolérance au gluten et qui peuvent comporter la mention « sans gluten » uniquement, si leur teneur ne dépasse pas 20mg/kg dans le produit fini.

2.1.2 Règlement INCO : Le cas des aliments non préemballés

Le considérant n° 48 du règlement n° 1169/2011 souligne qu' « *Il convient que les États membres conservent le droit d'établir les normes régissant l'information sur les denrées alimentaires non préemballées, en fonction des conditions pratiques et de la situation sur leur territoire. Bien qu'en pareil cas, les consommateurs exigent peu d'informations supplémentaires, la mention des allergènes potentiels est considérée comme extrêmement importante. Apparemment, la plupart des incidents d'allergies alimentaires trouvent leur origine dans des denrées alimentaires non préemballées. En conséquence, **ces informations relatives aux allergènes potentiels devraient toujours être fournies aux consommateurs** ».*

L'article 44 de ce texte prévoit que « *pour les denrées alimentaires proposées non préemballées à la vente au consommateur final et aux collectivités ou pour les denrées alimentaires emballées sur les lieux de vente à la demande du consommateur ou préemballées en vue de leur consommation immédiate(...)* », **le consommateur doit être informé de : « tout ingrédient ou auxiliaire technologique énuméré à l'annexe II [du règlement n° 1169/2011] ou dérivé d'une substance ou d'un produit énuméré à l'annexe II provoquant des allergies ou des intolérances, utilisé dans la fabrication ou la préparation d'une denrée alimentaire et encore présent dans le produit fini, même sous une forme modifiée ».**

Le règlement précise également que les autres mentions imposées pour les denrées préemballées ne sont pas obligatoires, sauf si une disposition nationale prévoit le contraire.

En France, l'article R112-7 du code de la consommation précise que « Toute denrée alimentaire présentée non préemballée sur les lieux de vente au consommateur final est munie sur elle-même ou à proximité immédiate, sans risque de confusion, d'une

affiche, d'un écriteau ou de tout autre moyen approprié comportant sa dénomination au sens de l'article 17 du règlement (UE) n° 2011/1169 et, le cas échéant, les autres mentions obligatoires qui l'accompagnent. ».

L'indication des allergènes est obligatoire depuis le 13 décembre 2014.

Cette obligation a été précisée par le décret n° 2015-447 du 17 avril 2015 relatif à l'information des consommateurs sur les allergènes et les denrées alimentaires non préemballées, publié au JO du 19 avril.

En effet, le décret, complétant le règlement UE n° 1169/2011, appelé règlement « InCo », prévoit notamment que :

- La dénomination de vente est obligatoire pour les denrées alimentaires non-préemballées.
- L'information sur les allergènes doit être portée à la connaissance du consommateur sous forme écrite, sans qu'il n'ait à la demander, de façon lisible et visible dans le lieu auquel le public a accès.
- En restauration collective, l'information sur les allergènes n'a pas à être fournie au moment de la fourniture du repas si un dispositif permet à un consommateur d'indiquer, avant toute consommation, qu'il refuse de consommer un ou des ingrédients ou auxiliaires technologiques ou dérivés d'une substance allergène.
- Chaque livraison de denrées alimentaires à des établissements de restauration doit être accompagnée d'un document portant l'information.

Pendant un délai de 3 ans après la fourniture du dernier repas, le fournisseur des repas devra conserver le document attestant du refus manifesté par le consommateur.

Le décret entre en vigueur le 1^{er} juillet 2015.

2.2 La restauration collective ; cas spécifique de l'accueil des enfants : situation actuelle, marges de progrès

1- Cadre réglementaire : la circulaire interministérielle n° 2003-135 du 08/09/2003, relative à l'accueil en collectivité des enfants et des adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période, représente une évolution importante pour cette problématique.

En effet, les dispositions de cette circulaire interministérielle sont applicables dans les écoles, les collèges et les lycées publics, les lycées agricoles et les établissements privés sous contrat.

La circulaire sert de cadre de référence aux établissements de la petite enfance et aux centres de vacances et de loisirs.

Elle vise donc à prendre en compte l'enfant dans sa globalité, en instaurant un dispositif unique, quel que soit le lieu d'accueil.

Le décret n°2005-1752 du 30 décembre 2005, relatif au parcours de formation des élèves présentant un handicap, vient compléter ce dispositif, son article 6 prévoyant un projet d'accueil individualisé.

2- Projet d'Accueil Individualisé (PAI) : ce document vise à encadrer la prise en charge de l'enfant tout au long de sa présence au sein de la collectivité. Initié à la demande des familles, il doit permettre l'association des 4 acteurs signataires du PAI, à savoir : le directeur de l'établissement, le médecin prescripteur, le médecin scolaire et le responsable de la restauration scolaire.

Deux possibilités sont envisageables pour l'alimentation de l'enfant :

* soit la famille prépare un panier-repas. Ce panier-repas est sous l'entière responsabilité de la famille, de la préparation à la consommation, en termes de préparation, composition et identification.

*soit les services de restauration fournissent le repas adapté au régime de l'enfant (préparé par leur soin ou plateau repas hypoallergénique issu de l'industrie agro alimentaire)

Le PAI doit donc prévoir :

- les modalités de transport, stockage, identification, remise en température et distribution des repas à l'enfant
- le protocole de soins et d'urgence : en effet, les actes pouvant être réalisés par des personnels non médicaux (surveillants, animateurs, agents territoriaux...) doivent être définis, ainsi que l'information et la formation de ces personnels.

Notamment en cas d'urgence, les actes relatifs à l'administration de médicaments sous forme orale, inhalée ou d'auto-injection sont envisageables, ainsi que l'appel du SAMU.



A noter que les diététiciennes nutritionnistes de la commission nutrition du SNRC ont participé à la rédaction du paragraphe 2.1 « La prestation spécifique réalisée par la collectivité » en page 14 du « guide pour l'accueil en restauration collective des enfants allergiques et intolérants alimentaire », réalisé par l'AFPRAL (Association Française de Prévention des Allergies).

2.3 La responsabilité des acteurs

Pour le secteur public

En matière de responsabilité pénale, il est important de savoir que la responsabilité de la collectivité peut être engagée, voire celle du maire s'il n'a pas accompli les diligences normales compte tenu de ses pouvoirs, compétences et moyens (en vertu des articles 121-3 du code pénal et L 2123-24 du code des collectivités territoriales – voir ci-dessous).

La responsabilité de l'entreprise qui fournit les repas, du personnel qui le distribue aux élèves, ou de tout autre acteur..., peut également être engagée, notamment en vertu de l'article L121-3 du code pénal.

La responsabilité civile de la personne qui a commis le dommage pourra également être engagée en vertu des articles 1382 et 1383 du code civil notamment.

En effet, en pratique, la diligence de chacun pourra être recherchée : celle de l'enfant et de sa capacité de discernement, celle du personnel d'encadrement, celle des fournisseurs,...

Mais il faut savoir que cette obligation de diligence est plutôt analysée comme une obligation de moyen en ce qui concerne l'aspect organisationnel, et comme une obligation de résultat pour ce qui touche à la qualité des aliments.

Il s'agit donc d'une appréciation au cas par cas par les juridictions saisies.

Concernant le droit d'accueillir ou de ne pas accueillir un enfant au motif qu'il est sujet à une ou plusieurs allergies alimentaires, la HALDE (Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Égalité, aujourd'hui remplacée par le Défenseur des Droits) a estimé en mars 2007 qu'il s'agissait d'une discrimination fondée sur l'état de santé.

Mais, le ministère de l'Éducation nationale a précisé dans une circulaire du 2 mai 2007, que le principe d'égal accès au service public s'applique aux services publics sociaux facultatifs gérés par les collectivités territoriales. Par conséquent, le refus d'accueil d'un enfant allergique sans tenir compte des aménagements et des mesures proposés par la circulaire de 2003 peut être constitutif d'une entrave au principe d'égalité et peut donc caractériser une discrimination fondée sur l'état de santé. Ainsi, à contrario, le refus d'accueillir un enfant allergique n'est pas constitutif d'une discrimination lorsque la circulaire de 2003 a été prise en compte et qu'il a été estimé que l'accueil n'était tout de même pas possible. En cas de contentieux, il appartiendra à la collectivité, qui en toute logique s'appuiera sur le prestataire, de prouver que la circulaire de 2003 a été prise en compte et que l'accueil était impossible en pratique.

Le ministère rappelle tout de même que la restauration scolaire n'est pas un droit mais un service qui est offert aux familles.

Pour le secteur privé

Pour ce qui concerne les établissements privés, le principe d'égal accès au service public ne s'appliquant pas, on peut légitimement penser qu'un tel refus ne sera pas considéré comme une discrimination, même s'il reste vivement conseillé de « tenter » la mise en place d'un PAI ou d'appliquer les autres recommandations de la circulaire de 2003.

Attention : Le règlement INCO ne se substitue pas aux PAI.

3. La position du SNRC



3.1 Nos problématiques

3.1.1 Concernant la production de repas garantis sans allergènes :

Notre problématique relative à la production de repas garantis sans allergènes relève des raisons suivantes :

- Absence de garanties des fournisseurs de nos matières premières de la bonne prise en compte du risque allergique (possibilité de changement de recette, présence de l'allergène dans les locaux, dans leurs approvisionnements)
- locaux et matériel non prévus et non adaptés à la fabrication de repas sans l'allergène (locaux en propre et mis à disposition)
- ressources humaines (effectifs et compétences) non adaptées à la production de repas (ex : temps de contrôle des étiquettes, organisation de la production, capacité de lecture des étiquettes des emballages, gestion des absences, pérennisation dans le temps...)
- variété des différentes allergies et donc des allergènes à supprimer
- variété de produits mis en œuvre dans la cuisine pouvant engendrer des contaminations croisées (sous forme de trace ou de présence d'ingrédients)
- les bonnes pratiques de production s'appuient sur la méthode HACCP relative au risque bactériologique (ex : marche en avant) sans prendre en compte le risque allergène qui nécessite des bonnes pratiques spécifiques avec des moyens d'organisation spécifiques (locaux, matériel, personnel, ...) avec un coût de mise en œuvre spécifique.
- les certificats médicaux ne sont pas toujours suffisamment précis sur le caractère et la gravité allergique ou intolérant, et le degré de sensibilité aux traces d'allergènes.

De plus, l'appréciation d'un tableau clinique reste sujette à quelques variabilités en fonction du professionnel de santé sollicité.

Ces différents éléments sont rarement pris en compte dans le cadre d'une offre standard et donc dans les coûts de fonctionnement habituels.

3.1.2 Concernant la perception des allergies par les intervenants

A ces contraintes d'organisation et de budget, viennent s'ajouter les difficultés de perception des allergies par :

- les parents
- les clients
- les soignants

Ils ne comprennent pas nos difficultés à préparer un seul repas spécifique, seulement exempt d'un allergène (ex : éviction simple, ...).

Ces derniers n'ont pas conscience des problématiques précédemment citées, tel que :

- la multiplication des allergies à prendre en charge
- le risque de contaminations croisées
- la compétence du personnel dédiée
- l'organisation de la production, notamment la difficulté à transposer la réalité de leur quotidien « domestique » aux spécificités de la préparation de repas en restauration collective.
- Le décalage entre la description de l'allergie et la solution de restauration proposée par l'allergologue ou le médecin

3.1.3 Autres difficultés

- ✓ Gestion d'une éviction simple à partir de la lecture des menus

Par définition une éviction simple n'est pas « simple » à gérer, il s'agit d'un abus de langage qui ne consiste pas seulement à ne pas retrouver l'aliment visuellement dans un menu.

En effet ce dernier peut être caché :

- dans la recette
- dans la liste des ingrédients des produits issus de l'agro-alimentaire utilisés.

De plus, le menu peut subir des modifications liées à des situations d'urgences (alerte sanitaire, rupture de stocks, aléas de livraison...).

Par ailleurs, il faut systématiquement regarder tous les étiquetages des produits mis en œuvre.

Exemple : la compote « pommes-bananes », peut avoir droit à cette appellation (car ce sont les 2 ingrédients principaux) mais contenir du kiwi ou de l'ananas qui ne seront mentionnés qu'au niveau de la liste des ingrédients sur l'emballage du produit.

Ce qui implique que la fourniture d'un panier repas les jours où la présence de l'allergène est mentionnée dans les menus, ne constitue pas une prise en charge suffisante et donc sécurisée.

- ✓ Courrier de décharge de la part des parents

En tant que professionnel de la restauration collective, la présence d'un courrier de décharge par les parents, ne nous exempte pas de notre responsabilité civile et pénale.

- ✓ Allergique dit «peu sensible »

Quelque soit le niveau de sensibilité de l'allergique, la prise en charge est identique.

- ✓ Allergie en phase de réintroduction

Les risques sont toujours présents.

- ✓ D'autres structures de restauration collectives font des repas pour enfants allergiques

Si certains acteurs se spécialisent dans la fabrication de repas sans allergènes, les moyens organisationnels et budgétaires doivent être décrits et suffisants. L'irresponsabilité de quelques uns ne doit pas dicter la conduite d'une profession toute entière.

3.2 Nos recommandations générales

Nos préconisations en termes de prise en charge sont donc :

1. La prise en compte dans le contrat principal ou sous forme d'avenant
2. La fourniture par la personne de panier repas
3. La mise à disposition d'une prestation de l'agro-alimentaire sécurisé sur le risque allergie
4. La fabrication sur place sous réserve des conditions expliquées ci-après

La réalisation d'une prestation sans allergène nécessite un budget et une organisation spécifique comprenant les pré-requis suivants :

- une prescription médicale précise de moins de trois mois comportant les mentions suivantes :
 - o Tolérance aux traces (ingérées, inhalées, touchées)
 - o Pas de risque vital suite à la consommation du produit
- recrutement de personnel compétent dédié (ex : diététicien cuisinier)
- mise en place d'une organisation de gestion des absences du personnel dédié
- formation du personnel
- intégration du risque allergène dans le Plan Maitrise Sanitaire et détermination des bonnes pratiques opérationnelles spécifiques
- audit des fournisseurs sur le risque allergène, avec une information systématique en cas d'évolution de la composition des matières premières ou contaminations accidentelles
- mise en place d'un menu commun sans les allergènes identifiés
- contrôles de l'absence des allergènes tant au niveau de la liste des ingrédients et que des traces mentionnés sur l'étiquette. Archivage de toutes

- les étiquettes avec la liste des ingrédients/traces des produits mis en œuvre (J+7 après la consommation).
- mise à disposition d'un espace de stockage et production dédié (dans l'espace ou dans le temps)
- mise en place d'une organisation de production spécifique
- identification et conditionnement des portions
- Mise à disposition d'un stock d'urgence de plateaux repas anallergiques issus de l'Agro alimentaire
- plan de contrôle spécifique

Afin d'assurer une prestation en toute sécurité, il convient également d'informer les services officiels (DDPP) de cette activité.

Le règlement INCO ne remplace pas les dispositifs d'accueil des personnes allergiques (type PAI...) car il ne traite pas les traces et ne traite que les 14 allergènes à déclaration obligatoire.

3.3 Les recommandations selon les différents secteurs d'activités

3.3.1 En secteur crèches, scolaire, périscolaire et centre loisirs (avec ou sans hébergement)

Le Syndicat National de la Restauration Collective (SNRC) souhaite préserver le rôle social et éducatif que peut jouer la restauration scolaire et périscolaire y compris à l'égard des enfants allergiques mais dans un cadre sécurisé pour l'enfant.

Au regard de l'exigence des pré-requis pour confectionner des repas sans allergènes, le SNRC préconise le recours à :

- Des paniers repas préparés par les parents
- Ou
- Des plateaux repas ou plats issus de l'agro-alimentaires (repas sans allergènes et/ou mono produits bruts clairement identifiés (ex : fruits, yaourt nature, pain, ...) en fonction des allergies

De plus cette prise en charge doit être formalisée par un PAI datant de moins d'un an dans lequel le rôle de toutes les parties doit être clairement défini.

Il est fortement conseillé de préciser les points suivants :

- stockage
- identification des paniers ou repas de l'agro-alimentaire
- remise en température
- distribution
- surveillance des enfants
- présence ou non des contenants (verres, couverts, ...)
- moyens de remise en température adaptés
- mise à disposition de la trousse d'urgence
- réalisation des soins en cas d'urgence

Il convient également de s'assurer de la formation et du remplacement des personnes responsables de ces étapes.

3.3.2 En secteur santé, séniors, social et pénitentiaire

Si les prérequis définis ci-dessus pour la fabrication des repas sans allergènes ne peuvent être mis en œuvre, le SNRC préconise le recours aux plateaux repas ou plats issus de l'agro-alimentaires (repas sans allergènes et/ou mono produits bruts clairement identifiés (ex : fruits, yaourt nature, pain,) à adapter en fonction des allergies et/ou régime thérapeutique éventuel.

Pour le secteur social, dans le cas d'un accueil des enfants similaire à une activité scolaire, nous recommandons de mettre en œuvre les solutions prévues au point **3.3.1** (ex : IME, IM Pro, ...)

3.3.3 En secteur entreprise et commercial

Le SNRC préconise :

- un affichage auprès des consommateurs mentionnant le risque lié aux contaminations croisées et la nécessité de se rapprocher des équipes
- une formation / information auprès des équipes pour répondre aux questions des consommateurs
- la possibilité également de pouvoir les prendre en charge avec des paniers repas ou des repas de l'agro-alimentaire sur **demande expresse d'un consommateur.**

Glossaire :

Allergène : substance capable de déclencher une réaction allergique. Les acariens, les grains de pollen, le venin de guêpes et abeilles et les aliments contiennent des allergènes.

Anticorps : substance secrétée par l'organisme en réponse à une molécule reconnue comme étrangère. Dans le cas de l'asthme, les anticorps produits sont des immunoglobulines E ou IgE.

Antigène : substance étrangère provoquant la formation d'anticorps

Atopie : prédisposition héréditaire aux maladies allergiques. Il peut s'agir notamment d'une rhinite allergique, d'un asthme allergique, d'un eczéma atopique ou d'une allergie alimentaire.

Choc anaphylactique : accident brutal, violent caractérisé par un malaise général entraînant une perte de connaissance susceptible d'entraîner la mort, si l'évolution des signes est très rapide.

Premiers symptômes :

- démangeaisons des paumes des mains et des pieds,
- apparitions de plaques rouges, puis d'urticaire généralisée,
- malaise général, sueurs, toux sèche, essoufflement,
- augmentation rapide du pouls...

Le traitement d'urgence est l'injection sous-cutanée profonde ou intramusculaire d'adrénaline.

Histamine : molécule libérée par les cellules sanguines de l'organisme au cours des réactions allergiques (lorsque l'allergène interagit avec un anticorps fixé sur les cellules).

Immunoglobuline : famille de protéines qui constituent les anticorps. Il en existe plusieurs classes. Celle des immunoglobulines E ou IgE est impliquée dans les allergies.

Œdème : accumulation d'eau dans le tissu.

L'œdème de Quincke est un œdème géant au niveau du visage et du cou correspondant à une réaction allergique brutale.

Pneumallergène : allergène inhalé par voie respiratoire.

Sources électroniques :

- a) Site Cercle d'Investigations Cliniques et Biologiques en Allergologie Alimentaire (CICBAA) : <http://www.cicbaa.com>
- b) Site Association Française des Intolérants au Gluten : <http://www.afdiag.com>
- c) Site Association Française pour la Prévention des Allergies (AFPRAL) : <http://www.preventionallergies.asso.fr>
- d) Site Mangerbouger : <http://www.mangerbouger.fr/pro/IMG/pdf/AfssaAllergies.pdf>