

Les soins de l'enfant à risque d'anaphylaxie dans le contexte des programmes communautaires

**Système commun d'orientation et de réception des
demandes (URIS)**

3^e édition

2019



Anaphylaxie

Ce manuel a été mis au point en consultation avec des professionnels de la santé du domaine de l'anaphylaxie et de la santé communautaire. Les responsables du Système commun d'orientation et de réception des demandes (URIS) tiennent à souligner la contribution des personnes suivantes.

Allan Becker, M.D., FRCPC

Allergologue pédiatrique
Children's Allergy and Asthma Education Centre
Section of Allergy and Clinical Immunology
Department of Pediatrics and Child Health, Children's Hospital of Manitoba

Elinor Simons, M.D. Ph. D. M.Sc., FAAAAI

Allergologue pédiatrique
Children's Allergy and Asthma Education Centre
Section of Allergy and Clinical Immunology
Department of Pediatrics and Child Health, Children's Hospital of Manitoba

Nancy Ross, inf. aut., B.Sc.inf., CEA

Infirmière éducatrice sur l'asthme et l'allergie
Children's Allergy and Asthma Education Centre
Section of Allergy and Clinical Immunology
Department of Pediatrics and Child Health, Children's Hospital of Manitoba

Sandra Dalke, inf. aut., B.Sc.inf.

Coordonnatrice provinciale du Système commun d'orientation et de réception des demandes (URIS)
Office régional de la santé de Winnipeg

Claudette Schelander, inf. aut.

Infirmière en soins directs du Système commun d'orientation et de réception des demandes
Office régional de la santé de Winnipeg

Cindy Briol, inf. aut.

Infirmière du Système commun d'orientation et de réception des demandes
Santé de Prairie Mountain

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	4
Renseignements cliniques.....	5
Le Plan de soins de santé.....	20
La formation.....	23
Le suivi.....	26
Renseignements additionnels.....	27
Ressources.....	29
Annexes – Plan de soins de santé	
Plan de soins de santé pour l’anaphylaxie	
Modèle de stratégies de réduction des risques	
Exemple de lettre de sensibilisation aux allergènes	
Annexes – Formation et surveillance	
Anaphylaxie – Document PowerPoint	
Anaphylaxie – Document à distribuer	
Feuille de travail sur l’anaphylaxie (Microsoft Word)	
Feuille de travail sur l’anaphylaxie (Microsoft PowerPoint)	
Renseignements propres à l’enfant pour les séances de formation	
Formule d’évaluation de la séance de formation sur l’anaphylaxie	

INTRODUCTION

Système commun d'orientation et de réception des demandes

Le Système commun d'orientation et de réception des demandes (URIS) est une collaboration entre plusieurs ministères, organismes de services de santé, divisions scolaires et organismes d'aide à l'enfance. Le Système soutient les programmes communautaires en ce qui concerne le soin des enfants ayant des besoins de santé précis. Les programmes communautaires qui ont droit à ce soutien incluent les écoles, les établissements de garde d'enfants autorisés et les services de relève.

Le Système standardise la façon de classer les soins de santé, dans toute leur complexité, et établit le niveau de compétence exigé du personnel pour soutenir les enfants ayant de tels besoins en matière de santé. Les soins de santé qui sont classés dans le « groupe B » peuvent être confiés à des employés qui ne sont pas des professionnels de la santé, mais qui ont été formés et suivis par une infirmière autorisée.

Pour les enfants ayant besoin de soins de santé du groupe B (p. ex. soins liés à l'anaphylaxie), l'infirmière fournit les services de soutien suivants :

- élaboration et mise à jour d'un plan de soins de santé écrit;
- formation du personnel du programme communautaire responsable de l'enfant;
- suivi du personnel du programme communautaire qui a reçu la formation.

Appui du système URIS pour les enfants ayant des besoins du Groupe B qui sont à risque d'anaphylaxie

Un enfant à risque d'anaphylaxie est admissible à un appui du Système pour les besoins du Groupe B si un dispositif auto-injecteur d'épinéphrine lui a été prescrit.

Ce document fournit des renseignements cliniques standard sur les soins aux enfants à risque accru de réaction anaphylactique dans le cadre d'un programme communautaire. Des annexes sont également fournies pour aider l'infirmière à mettre en place le plan de soins de santé et à assurer la formation et le suivi du personnel du programme communautaire.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Les renseignements suivants sont considérés comme des pratiques exemplaires dans le contexte d'un programme communautaire. Ils forment la base de tous les renseignements sur l'anaphylaxie inclus dans ce document et ses annexes.

Allergies

Une allergie est une réaction excessive du système immunitaire à une substance normalement inoffensive appelée allergène. Chez les personnes présentant une allergie médiée par les IgE, l'exposition à un allergène provoque la création par le corps d'anticorps IgE propres à l'allergène. Quand le corps est à nouveau exposé à l'allergène, les anticorps IgE provoquent la libération de substances chimiques (c.-à-d. l'histamine) par les mastocytes qui se trouvent à plusieurs endroits du corps, notamment dans les voies respiratoires, la bouche, le nez, les yeux et l'estomac. Lorsque les mastocytes libèrent ces substances chimiques, des signes comme l'urticaire, les démangeaisons et l'enflure sont observables.

Les réponses allergiques peuvent varier d'une réaction légère à une réaction mettant la vie en danger.

Anaphylaxie

L'anaphylaxie est une réaction allergique grave qui se déclenche généralement très vite et qui peut causer la mort par l'obstruction des voies respiratoires ou une baisse grave de la tension artérielle. Cette réaction radicale touche l'ensemble de l'organisme.

Les personnes atteintes d'allergies qui peuvent être fatales courent un risque accru d'anaphylaxie (Fischer, 2018). Les enfants à risque d'anaphylaxie doivent recevoir un diagnostic et se faire prescrire un auto-injecteur d'épinéphrine par un médecin. On recommande qu'un allergologue évalue l'enfant afin de confirmer le diagnostic. Il est essentiel de pleinement renseigner l'enfant, ainsi que ses parents ou tuteurs, sur la prise en charge des allergies.

Les réactions constituant un danger de mort peuvent être imprévisibles et à déclenchement rapide. L'anaphylaxie peut se produire même si la personne n'a eu que des réactions allergiques mineures dans le passé. Une personne peut avoir une réaction anaphylactique sans n'avoir jamais montré de signes d'allergie auparavant. Les réactions anaphylactiques peuvent être déclenchées par des quantités infimes d'allergène, qui se mesurent en microgrammes.

Des études ont estimé que 2 % de la population canadienne est exposée à un risque accru d'anaphylaxie. Les aliments et les piqûres d'insectes sont des causes courantes d'anaphylaxie chez les enfants (Sampson, 2003; Kim, 2011; Golden, 2017). Des études plus récentes suggèrent que les allergies alimentaires touchent à elles seules de 6 à 8 % de la population. Les décès attribuables à l'anaphylaxie se produisent plus souvent à l'extérieur du domicile et sont associés à l'utilisation retardée ou à la non-utilisation d'épinéphrine. Dans une étude, quatre décès sur six causés par des allergies alimentaires étaient survenus à l'école et aucun des enfants ne disposait d'épinéphrine

au moment de sa réaction. Les enfants ont des risques accrus de réactions allergiques graves s'ils souffrent d'asthme, surtout si l'asthme est mal maîtrisé (Bock, 2007).

Allergènes

Aliments

N'importe quel aliment peut causer une allergie. Les aliments qui provoquent le plus souvent des réactions anaphylactiques sont les arachides, les noix, le lait, les œufs, le poisson, les mollusques et crustacés, le blé, le sésame et le soja (Waserman, 2018).

Arachides et noix

Les allergies aux arachides sont parmi les allergies alimentaires les plus courantes. On estime que 20 % des enfants finissent par se débarrasser de leur allergie aux arachides.

Les arachides sont des légumineuses qui poussent sous terre et ne sont pas botaniquement reliées aux noix. Les noix comprennent les amandes, les noix du Brésil, les noix de cajou, les noisettes, les noix macadamia, les pacanes, les pistaches, les noix de Grenoble, les marrons, les noix d'Amérique et les pignons. Les pignons sont des graines, mais sont classés dans la catégorie « Noix – Allergènes alimentaires prioritaires » par le gouvernement du Canada. Les personnes qui sont allergiques aux arachides ne sont pas forcément allergiques aux noix, et vice versa. Cependant, il est possible d'être allergique aux deux. On conseille généralement aux personnes qui sont allergiques aux arachides ou aux noix d'éviter les deux, en raison du risque de contamination croisée entre les noix et les arachides pendant leur traitement et parce qu'il existe un risque de confusion entre les différentes noix.

Les résidus d'arachides et de noix sont huileux et demeurent sur les surfaces, ce qui présente un risque pour les enfants ayant des allergies pouvant être fatales. Des quantités infimes d'arachides peuvent, lorsqu'elles sont ingérées, provoquer une réaction qui peut être mortelle.

Les réactions allergiques aux aliments tels que les arachides sont déclenchées par des protéines alimentaires précises. L'odeur des aliments est dégagée par des substances chimiques non protéiniques. Sentir l'odeur du beurre d'arachide est différent de l'inhalation de particules d'arachides (protéines) en suspension dans l'air, qui peut par exemple se produire lorsque de grandes quantités d'arachides sont écalées dans un endroit mal ventilé. Le fait que les personnes qui sont allergiques aux arachides soient parfois indisposées si elles sentent l'odeur du beurre d'arachide est sans doute attribuable à une forte aversion psychologique.

Lait et œufs

Les réactions anaphylactiques au lait et aux œufs peuvent se produire avec l'ingestion de quantités relativement petites. La plupart des enfants se sont débarrassés de leur allergie au lait et aux œufs avant d'atteindre l'âge scolaire. Les enfants qui restent allergiques au lait et aux œufs risquent toujours de souffrir d'anaphylaxie grave.

Poisson et fruits de mer

Le mot « poisson » fait référence à tous les poissons à nageoires ou osseux comestibles pêchés dans les eaux douces et les eaux salées. Les fruits de mer sont également appelés crustacés (p. ex. crevette, crabe, homard) et mollusques (p. ex. pétoncles et palourdes). On conseille aux personnes qui ont une allergie à une de ces espèces de consulter un allergologue puisqu'elles pourraient être sensibles à d'autres espèces.

On a montré que la vapeur de cuisson du poisson ou des mollusques et crustacés peut contenir des allergènes pouvant provoquer l'anaphylaxie. Cependant, il est rare que l'inhalation provoque l'anaphylaxie. Les facteurs à prendre en compte sont la proximité des aliments et le type de cuisson (p. ex. la friture des aliments présente un risque plus élevé que la cuisson au four à micro-ondes). Il est peu probable que les aliments chauffés au micro-ondes provoquent l'anaphylaxie.

Piqûres d'insectes

Les piqûres d'abeilles, de guêpes, de frelons et de guêpes jaunes peuvent provoquer des réactions anaphylactiques (Golden, 2017).

Médicaments

Les médicaments comme les antibiotiques, les relaxants musculaires et les anticonvulsivants peuvent provoquer l'anaphylaxie.

Latex

Le latex peut être un allergène pour les enfants qui ont subi plusieurs chirurgies durant lesquelles ils ont été exposés à cette matière. Depuis le milieu des années 1980, le latex est de plus en plus utilisé, ce qui peut avoir contribué à l'augmentation des allergies. Le nombre d'allergies au latex pourrait cependant connaître une baisse en raison de l'utilisation accrue de produits faits de matières autres que le latex.

Autres allergènes et déclencheurs physiques

L'urticaire au froid provoque des réactions cutanées lorsque la peau est exposée à l'air froid ou à l'eau froide. Contrairement à l'anaphylaxie déclenchée par les aliments ou les piqûres d'insectes, l'urticaire au froid peut être prévenue par des antihistaminiques. La prise quotidienne d'un antihistaminique d'une durée d'action de 24 heures est souvent recommandée à certaines périodes de l'année ou avant des situations qui déclenchent de l'urticaire chez un enfant donné. Le risque d'anaphylaxie est le plus élevé dans les situations où l'enfant est complètement et soudainement immergé (p. ex. en sautant dans un lac froid).

Bien que cela soit rare, l'exercice vigoureux et un environnement froid et mouillé peuvent causer l'anaphylaxie. L'anaphylaxie peut survenir en cas d'exercice vigoureux seulement ou d'exercice vigoureux après la consommation de certains aliments. La réaction peut ne pas se produire chaque fois que l'enfant fait de l'exercice.

Une personne peut aussi recevoir un diagnostic d'anaphylaxie idiopathique, ce qui veut dire qu'on en ignore la cause.

Réduction des risques

Éviter les allergènes est la seule façon de prévenir les réactions anaphylactiques. Bien qu'il soit difficile de parvenir à une élimination complète de tous les allergènes, il est possible de réduire l'exposition d'un enfant aux allergènes. L'ingestion est la cause la plus fréquente d'anaphylaxie et devrait être au centre de l'élaboration des stratégies de réduction des risques. L'ingestion provoque également les réactions les plus graves. Les stratégies de réduction des risques doivent être assez souples pour veiller à la sécurité des enfants à risque d'anaphylaxie tout en tenant compte de l'environnement organisationnel et physique du programme communautaire (Young, 2009). De nombreux facteurs doivent être pris en considération dans la mise en œuvre de stratégies de réduction des risques, notamment l'âge des enfants, l'emplacement des aires de repas, le niveau de supervision et la taille de l'établissement. Les stratégies les plus efficaces font appel au soutien de l'ensemble de la communauté, ce qui inclut les parents, les enfants et le personnel du programme communautaire. Une culture de respect mutuel entre les enfants, les parents ou tuteurs et le programme communautaire est essentielle à la sécurité des enfants avec et sans risque accru d'anaphylaxie.

Stratégies de réduction des risques pour les jeunes enfants

Les jeunes enfants sont ceux qui risquent le plus d'être exposés accidentellement à des allergènes. Le risque d'exposition aux allergènes alimentaires est à son maximum dans les situations nouvelles ou quand les habitudes normales sont interrompues, par exemple pendant les excursions, les anniversaires ou autres événements spéciaux. Des précautions doivent être prises lorsque la routine habituelle est modifiée.

En général, les stratégies suivantes sont recommandées en ce qui concerne les allergènes alimentaires :

- Prévoir la supervision par un adulte des jeunes enfants qui mangent.
- Interdire les échanges ou le partage de nourriture, d'ustensiles, de pailles ou de bouteilles d'eau.
- Se laver les mains avant de manger et après. Le savon liquide ou en pain et les lingettes antibactériennes peuvent retirer efficacement les résidus de beurre d'arachide sur les mains. Par contre, utiliser seulement un désinfectant antibactérien pour les mains ou de l'eau n'est pas aussi efficace (Perry, 2004).
- Nettoyer les surfaces sur lesquelles de la nourriture a été consommée à l'eau et au savon, ou à l'aide d'une solution qui déloge la graisse. Il faut prendre soin de nettoyer toutes les surfaces que les enfants peuvent toucher, par exemple les dessus et les rebords de table, les chaises, etc. Les produits de nettoyage courants sont efficaces pour retirer les résidus d'arachide des surfaces.
- Ne pas permettre de manger dans les autobus.
- Éviter le matériel de bricolage qui contient des allergènes. Être à l'affût des allergènes contenus dans les objets comme la pâte à modeler, la nourriture pour les animaux et les jouets en peluche.

Autres stratégies de réduction des risques pour les jeunes enfants

- Établir un environnement de sensibilisation aux allergènes (voir ci-dessous pour obtenir plus de renseignements).
- Avoir des aires de repas sûres désignées. Si un aliment contenant des allergènes est apporté au programme communautaire, il doit être consommé dans un endroit désigné où l'enfant allergique n'est pas susceptible d'être exposé. Inversement, les enfants qui ont des allergies alimentaires peuvent manger dans des endroits prévus où les allergènes sont surveillés.
- Au minimum, un jeune enfant souffrant d'une allergie alimentaire doit être éloigné à tout moment de son allergène alimentaire.
- Ne pas offrir d'aliments aux enfants qui ont des allergies avant d'avoir reçu l'approbation des parents.
- Les enfants qui ont des allergies alimentaires ne doivent pas manger de nourriture qui a été apportée par une personne autre que leurs parents ou tuteurs.
- L'utilisation de napperons ou de serviettes sur les tables pendant les repas peut accélérer le nettoyage des tables, mais ne remplace pas le nettoyage des zones potentiellement contaminées.

Établissement d'un environnement de sensibilisation aux allergènes

Si un programme communautaire demande que les produits contenant un allergène ne soient pas apportés sur les lieux, on recommande que la terminologie « sensibilisation aux allergènes » soit utilisée plutôt que « libre d'allergène » ou « sûr quant aux allergènes », puisqu'il est impossible de garantir l'absence totale d'un allergène dans l'établissement. L'*Exemple de lettre de sensibilisation aux allergènes* est inclus dans les annexes de ce document et peut être utilisé par le programme communautaire pour demander aux parents de ne PAS envoyer d'aliments contenant des allergènes au programme communautaire.

Une composante importante de l'établissement d'une politique de sensibilisation aux allergènes est la lecture des étiquettes d'ingrédients et d'autres produits.

- Les étiquettes doivent être lues chaque fois qu'un produit est acheté, parce que les ingrédients peuvent changer. Certains programmes communautaires créent une « liste d'aliments sûrs » pour aider les familles à respecter les demandes en matière de « sensibilisation aux allergènes ». Bien que l'intention soit bonne, une telle liste doit servir seulement de ligne directrice, car elle peut être inexacte ou désuète. Lire les étiquettes d'ingrédients de produits est préférable.
- Les enfants qui ont des allergies doivent manger seulement des aliments qui sont approuvés par leurs parents ou tuteurs, puisqu'on ne peut pas s'attendre à ce que les personnes sans allergies alimentaires comprennent comment lire minutieusement et correctement les étiquettes d'aliments. Certaines marques populaires qui sont reconnues comme sûres pour les personnes souffrant d'allergies entrent parfois dans la préparation d'aliments qui peuvent contenir des allergènes (p. ex. du chocolat sans arachides dans une crème glacée qui porte la mention « peut contenir des arachides »).
- Il ne faut jamais tenir pour acquis que toutes les formes d'un aliment libre d'allergènes sont sûres. L'indication sur un produit qu'il est libre d'allergènes peut

s'appliquer seulement à une taille ou à un format du produit et non pas à toute la gamme de produits du même nom. Par exemple, une tablette de chocolat de format régulier peut être considérée comme libre d'allergènes, tandis que la version petite friandise du même produit porte un avertissement « peut contenir des arachides ».

- L'Agence canadienne d'inspection des aliments exige que les « allergènes alimentaires prioritaires » soient identifiés sur les produits alimentaires préemballés en utilisant un langage simple. Au Canada, les allergènes alimentaires prioritaires sont les arachides, les noix (c.-à-d. amandes, noix du Brésil, noix de cajou, pistaches, noisettes, pacanes, noix de Grenoble, noix de macadamia et pignons), le sésame, le blé, les œufs, le lait, le poisson (p. ex. le saumon et le thon), les crustacés (crevette, homard, crabe), les mollusques (p. ex. pétoncles et palourdes), le soja et la moutarde (Gouvernement du Canada, 2018).
- Les normes d'étiquetage des aliments dans les autres pays peuvent différer des normes canadiennes.
- Les avertissements tels que « peut contenir » sont utilisés à la discrétion des fabricants d'aliments. Si un avertissement est présent, il est possible que l'aliment contienne des traces de l'allergène. Les personnes qui ont des allergies alimentaires ne doivent pas consommer de produits portant un avertissement « peut contenir » concernant leur allergène, à moins que leur allergologue ne l'ait permis. Les aliments qui portent un avertissement ne devraient pas poser de problèmes s'ils sont consommés par des enfants qui n'ont pas d'allergies en présence d'enfants plus âgés ayant des allergies.

Stratégies de réduction des risques pour les adolescents

On considère que les adolescents présentent un risque plus élevé de réaction allergique grave en raison de leur indépendance accrue, de la pression de leurs camarades et de leur réticence à transporter avec eux un auto-injecteur d'épinéphrine. La gestion des allergènes dans les écoles secondaires exige un équilibre entre la sécurité et le besoin croissant des jeunes d'apprendre à gérer eux-mêmes leurs allergies tout en ayant une vie sociale normale. Les stratégies de réduction des risques sont plus difficiles à mettre en œuvre dans les écoles secondaires, car la supervision est limitée et les élèves quittent souvent le campus.

Les adolescents à risque d'anaphylaxie doivent assumer la responsabilité principale d'éviter les allergènes à l'école et dans les autres environnements. On s'attend à ce que les élèves du secondaire lisent attentivement les étiquettes et prennent des précautions spéciales, par exemple demander au personnel de la cafétéria comment les plats sont préparés et manipulés s'ils achètent leur dîner à l'école. Les élèves qui ont des allergies alimentaires doivent manger avec un ami et prévenir quelqu'un rapidement s'ils sentent apparaître une réaction allergique.

Les stratégies de réduction du risque d'exposition accidentelle, sans l'imposition de règles irréalistes ou impossibles à appliquer, comprennent les mesures suivantes :

- réduire les allergènes courants dans les machines distributrices;
- placer les machines distributrices dans des endroits centralisés;

- encourager les élèves à manger à la cafétéria plutôt que dans les couloirs ou les salles de classe.

Les enfants et adolescents ayant des allergies alimentaires ne doivent pas manger s'ils n'ont pas avec eux leur auto-injecteur d'épinéphrine. Cependant, les réactions allergiques à certains allergènes sont possibles sans manger et la pratique la plus sûre est que l'auto-injecteur d'épinéphrine soit disponible à tout moment.

Stratégies de réduction des risques d'exposition à des allergènes précis

Arachides et noix

Des quantités infimes d'arachides peuvent, lorsqu'elles sont ingérées, provoquer une réaction qui peut être mortelle. Les résidus d'arachides et de noix sont huileux et demeurent sur les surfaces, ce qui présente un risque pour les enfants ayant des allergies pouvant être fatales. Il peut donc être justifié d'établir un environnement de sensibilisation aux noix (c'est-à-dire demander que les produits contenant des arachides ou des noix ne soient pas apportés au programme communautaire).

Lait

- Demander que les produits laitiers ne soient PAS apportés dans les classes si un enfant est allergique au lait.
- Retirer du programme de distribution de lait les classes dont un enfant est allergique au lait.
- Certains programmes communautaires autorisent les produits laitiers dans leurs installations et réduisent le risque d'exposition en mettant en œuvre certaines des stratégies suivantes.
 - Donner aux enfants une paille à insérer dans les boîtes à lait et leur montrer comment fermer la boîte une fois la paille insérée.
 - Demander aux enfants d'apporter du lait de la maison dans des contenants de plastique munis d'une paille.
 - Demander aux enfants qui sont allergiques au lait de s'asseoir à une table où aucun produit laitier susceptible d'être renversé n'est consommé (p. ex. lait, yogourt).
 - Pendant les « journées pizza », permettre aux parents d'enfants allergiques au lait de venir chercher leur enfant pour aller dîner à la maison ou leur demander d'envoyer à l'école de la pizza maison sans produit laitier, ou un autre repas.
 - Veiller, après les dîners pizza, à ce que les enfants se lavent correctement les mains et la bouche et à ce que les surfaces soient bien nettoyées.

Oeufs

- Demander aux enfants qui sont allergiques aux œufs de s'asseoir à une table éloignée de ceux qui apportent des œufs dans leur casse-croûte (p. ex. œufs durs, sandwiches aux œufs) ou dont les aliments peuvent contenir des produits à base d'œufs (p. ex. mayonnaise).

- Éviter les œufs dans les cours de cuisine, incluant les blancs, les jaunes, qu'ils soient crus ou cuits.
- Utiliser des œufs de plastique ou de bois pour le bricolage (p. ex. chasse aux œufs de Pâques).

Piqûres d'insectes

- Éviter les endroits où les insectes s'assemblent.
- Garder les poubelles extérieures couvertes et éloignées des aires de jeu. Les guêpes jaunes ont tendance à se rassembler autour des poubelles et de la nourriture.
- Éviter de consommer des aliments dehors, en particulier de la viande ou du poisson, et des produits sucrés comme les boissons gazeuses et le jus. Les insectes pénètrent souvent dans les cannettes et peuvent ensuite piquer le buveur.
- Utiliser des pailles pour boire le plus souvent possible.
- Porter des chaussures plutôt que des sandales. Éviter de se promener pieds nus.
- Retirer les ruches et les nids d'insectes des aires de jeu.
- Seules les abeilles communes laissent un dard. Pour le retirer, gratter un ongle sur la peau. Saisir le dard entre les doigts aura pour effet de comprimer le sac de venin et d'injecter davantage de venin dans le corps.

Latex

- Fournir au personnel et aux enfants des gants faits d'une matière autre que le latex (p. ex. pour les cours de sciences, dans les trousse de premiers soins).
- Gonfler et dégonfler les ballons à l'extérieur, loin des enfants. Les ballons contiennent du latex et peuvent en libérer des particules dans l'air lorsqu'ils sont gonflés ou dégonflés.
- Ne pas utiliser de ballons gonflables dans les programmes communautaires si un enfant a une allergie au latex qui constitue un danger mortel. Quand les ballons éclatent, les particules de latex se dispersent sous forme d'aérosols.
- Éviter les balles de caoutchouc molles et les articles de caoutchouc flexibles comme les gommes à effacer roses et les élastiques.

Signes d'anaphylaxie

Après l'exposition à un allergène, n'importe quelle combinaison des signes énumérés à la page suivante peut survenir et signaler le début d'une réaction anaphylactique. Chez une même personne, les signes ne surviennent pas toujours dans le même ordre.

La réaction anaphylactique commence le plus souvent quelques secondes ou minutes après l'exposition à l'allergène, la majorité des réactions survenant dans les trente minutes suivantes. Le délai entre les premiers signes d'anaphylaxie et la mort peut être de seulement quelques minutes si la réaction n'est pas traitée. Les signes d'anaphylaxie peuvent, bien que rarement, survenir jusqu'à deux à quatre heures après l'exposition à l'allergène. Même une fois apaisés par le traitement initial, les signes

peuvent réapparaître jusqu'à huit heures après l'exposition. La fréquence de cette seconde réaction (réaction biphasique) atteint 20 % des cas (Järvinen, 2008).

Pour vous souvenir des signes d'anaphylaxie, Allergies alimentaires Canada suggère de penser aux quatre endroits suivants : visage, voies respiratoires, estomac, ensemble du corps. Soyez à l'affût des manifestations soudaines qui représentent des changements marqués du point de vue de l'apparence ou du comportement. *Si N'IMPORTE QUELLE combinaison de signes est présente et qu'il existe des raisons de soupçonner l'anaphylaxie, administrez immédiatement l'épinéphrine et appelez le 911/EMS (Services médicaux d'urgence).* Des preuves indiscutables ont révélé que retarder l'injection d'épinéphrine augmente les risques que la personne meure d'un choc anaphylactique. Le traitement rapide de l'anaphylaxie avec un auto-injecteur d'épinéphrine diminue la probabilité de devoir recourir à des doses répétées en raison de symptômes prolongés ou récurrents (Sicherer, 2017; Hochstadter, 2016; Fleming, 2015; Bock, 2007).

Visage

- Yeux rouges et larmoyants
- Nez qui coule
- Rougeur et enflure du visage, des lèvres et de la langue
- Urticaire (rougeurs, papules, démangeaisons)
 - Si la personne a mangé un aliment qui contient l'allergène, l'urticaire apparaît souvent autour de la bouche.

Voies respiratoires

- Sensation de serrement de la gorge
- Changement de la voix
- Difficultés à avaler
- Difficultés à respirer
- Toux
- Respiration sifflante
- Salivation excessive

Estomac

- Vomissements sévères
- Diarrhée sévère
- Crampes à l'estomac sévères

Ensemble du corps

- Urticaire (rougeurs, papules, démangeaisons)
- Sentiment d'angoisse
- Changement de comportement – L'enfant peut soudainement dire qu'il ne se sent pas bien, devenir inhabituellement silencieux, renfermé, ou fatigué, crier, sembler très agité ou s'arrêter soudainement de manger alors qu'il mangeait bien.
- Peau pâle ou bleutée

- Des étourdissements et la perte de conscience sont des signes de baisse de la pression artérielle
- Perte de conscience

Les enfants ont des façons uniques de décrire leurs expériences et leurs sensations. Certains enfants, surtout les plus jeunes, mettent leurs doigts dans leur bouche, se tirent et se grattent la langue en réponse à une réaction allergique. Leur voix peut changer (p. ex. devenir rauque ou aiguë) et leurs paroles peuvent sembler empâtées.

Voici des exemples de mots que les enfants peuvent utiliser pour décrire une réaction allergique :

- « C'est trop épicé »
- « Ça me brûle la langue (ou ma langue est chaude) »
- « Quelque chose me pique la langue »
- « Ma langue (ou ma bouche) pique (ou brûle) »
- « Ma langue (ou ma bouche) gratte »
- « J'ai comme des cheveux sur la langue »
- « Ma bouche est bizarre »
- « J'ai un chat dans la gorge »
- « J'ai quelque chose de pris dans la gorge »
- « Ma langue est lourde »
- « Mes lèvres sont serrées »
- « J'ai des insectes dans les oreilles » (pour décrire une démangeaison des oreilles)
- « Ma gorge est épaisse »
- « J'ai une boule derrière la langue »

Traitement de l'anaphylaxie

L'épinéphrine est le médicament de première ligne utilisé pour traiter l'anaphylaxie (Sicherer, 2007; NIAID, 2010; Simons, 2014; Sicherer, 2017). Il s'agit d'une substance chimique produite naturellement par le corps (adrénaline = épinéphrine), qui est responsable des « poussées d'adrénaline » que nous vivons en situation de stress. L'épinéphrine traite efficacement l'anaphylaxie en inversant les symptômes dangereux de l'anaphylaxie et en arrêtant la réaction allergique dans le corps. Elle aide en contractant les muscles autour des vaisseaux sanguins (ce qui a pour effet d'augmenter la tension artérielle), en détendant les muscles des voies respiratoires, en réduisant l'enflure, en réduisant la libération de substances chimiques qui causent l'anaphylaxie et en stimulant le cœur (Simons, 2004).

Il n'y a pas lieu de s'inquiéter outre mesure si l'épinéphrine est administrée à un enfant auquel elle était prescrite et qu'en réalité une réaction anaphylactique n'est pas survenue. Comme il est indiqué ci-dessous, lorsqu'un enfant qui a reçu un diagnostic

combiné d'anaphylaxie et d'asthme présente une réaction et qu'il pourrait s'agit soit d'une réaction anaphylactique ou d'un épisode d'asthme, l'épinéphrine doit toujours être administrée en premier. L'effet bénéfique de l'épinéphrine (sauver la vie) dans les cas d'anaphylaxie soupçonnée l'emporte sur les faibles risques d'effets secondaires. Chez les personnes normalement en santé, l'épinéphrine n'aura aucun effet nocif si elle est donnée sans être nécessaire.

Les effets secondaires de l'épinéphrine sont généralement légers et s'estompent en quelques minutes. Ils peuvent comprendre :

- un rythme cardiaque rapide;
- une pâleur;
- des étourdissements;
- une faiblesse;
- des tremblements;
- un mal de tête.

Les antihistaminiques ne sont pas recommandés comme traitement de première ligne de l'anaphylaxie. Le principal effet des antihistaminiques est le traitement de l'urticaire et des symptômes dermatologiques. Les antihistaminiques n'augmenteront pas la tension artérielle et ne dégageront pas les voies respiratoires. Les antihistaminiques des générations antérieures peuvent en fait causer de la somnolence et masquer les signes de progression de l'anaphylaxie.

Les spécialistes recommandent que les enfants qui ont des allergies mettant la vie en danger portent un bracelet d'identification médicale (p. ex. bracelet Medic Alert®). La Fondation canadienne MedicAlert® offre des bracelets d'identification MedicAlert® gratuits aux enfants de 4 à 14 ans dans les écoles qui sont inscrites au programme. Les parents peuvent communiquer avec l'école de leur enfant ou consulter le site Web www.aucunenfantoublie.ca pour obtenir plus de renseignements.

Asthme et anaphylaxie

Lorsqu'un enfant qui a reçu un diagnostic combiné d'anaphylaxie et d'asthme présente une réaction et qu'il pourrait s'agit soit d'une réaction anaphylactique ou d'un épisode d'asthme, l'épinéphrine doit toujours être administrée en premier. L'épinéphrine peut être utilisée pour traiter les crises d'asthme potentiellement fatales autant que les réactions anaphylactiques. Les enfants asthmatiques qui sont à risque d'anaphylaxie doivent toujours avoir sur eux leur auto-injecteur d'épinéphrine et leur médicament contre l'asthme.

Auto-injecteurs d'épinéphrine

Les auto-injecteurs d'épinéphrine (p. ex. EpiPen®, Allerject®) doivent être utilisés pour administrer l'épinéphrine et sont des dispositifs de choix en raison de leur simplicité d'utilisation. Ils contiennent une seringue pour auto-injection à ressort dont l'aiguille est cachée. Ils doivent toujours être administrés du côté extérieur du milieu de la cuisse. Les auto-injecteurs d'épinéphrine sont offerts en deux doses au Canada. En général, la dose de 0,3 mg est prescrite aux adultes et aux enfants pesant 25-30 kg ou plus, tandis que la dose de 0,15 mg est prescrite aux enfants pesant moins de 25-30 kg (Sicherer,

2017; Lieberman, 2015; Simons, 2014). Bien qu'il faille utiliser la dose appropriée, l'administration accidentelle d'une dose plus importante d'épinéphrine à un enfant d'âge scolaire est peu susceptible de causer du tort. Les auto-injecteurs d'épinéphrine doivent être rangés dans leur étui protecteur et conservés à la température ambiante (entre 15 et 30 °C). Ils ne doivent pas être réfrigérés ou laissés dans des endroits où les températures peuvent être extrêmes (p. ex. dans une voiture) pendant de longues périodes. Si l'épinéphrine gèle, l'auto-injecteur doit être remplacé.

Les auto-injecteurs d'épinéphrine portent une date d'expiration (date de péremption) après laquelle ils doivent être remplacés. Si un auto-injecteur d'épinéphrine est expiré, il est encore sécuritaire de l'utiliser, tant que l'épinéphrine reste transparente et incolore (Simons, 2000). Il est préférable d'utiliser un médicament expiré que de n'utiliser aucun médicament. Toutefois, l'épinéphrine peut rester transparente longtemps après sa date d'expiration et son efficacité continuera de diminuer avec le temps (Simons, 2000). Il ne faut pas utiliser l'épinéphrine si elle est brunâtre. Les fabricants de la plupart des auto-injecteurs d'épinéphrine offrent des programmes en ligne pour aider les patients à surveiller les dates d'expiration de leur auto-injecteur d'épinéphrine. Consultez le site Web du fabricant pour obtenir plus de renseignements.

L'enfant doit transporter son auto-injecteur d'épinéphrine en tout temps. La plupart des enfants sont capables de transporter leur auto-injecteur avec eux dès l'âge de six ou sept ans. Si le niveau de développement de l'enfant ne lui permet pas de transporter son auto-injecteur avec lui, le dispositif devrait toujours être en la possession de l'adulte responsable de l'enfant ou gardé dans un endroit déverrouillé, sûr et accessible. Les enfants qui sont allergiques aux piqûres d'insectes ne transportent généralement leur auto-injecteur que pendant la saison des insectes (c.-à-d. les mois chauds). Le personnel du programme communautaire est responsable de savoir en tout temps où se trouvent le ou les auto-injecteurs d'épinéphrine de l'enfant.

Les pré-adolescents et les adolescents doivent être encouragés à prendre le plus de responsabilités possible sur le plan de la prévention et de la prise en charge de l'anaphylaxie. Cependant, certains symptômes de l'anaphylaxie, tels qu'une baisse de la pression sanguine et une sensation d'évanouissement, peuvent altérer la capacité à reconnaître l'anaphylaxie. Toutefois, il ne faut jamais supposer qu'une personne, quel que soit son âge, aura toujours la capacité de juger du moment où elle aura besoin d'épinéphrine et pourra s'injecter dans une situation urgente.

Un auto-injecteur d'épinéphrine prescrit à un enfant ne peut pas être administré à un autre enfant. Si un auto-injecteur d'appoint acheté par le programme communautaire est utilisé, le personnel du programme est responsable de veiller à ce que la dose soit équivalente à celle prescrite à l'enfant.

Si un enfant montre des signes d'anaphylaxie, mais qu'on ne lui a pas prescrit un auto-injecteur d'épinéphrine, les mesures d'urgence habituelles du programme communautaire (c.-à-d. appeler le 911/EMS) doivent être mises en œuvre. Le personnel du programme communautaire doit alors suivre les instructions fournies par les Services médicaux d'urgence.

EpiPen®

Lorsque vous retirez le bouchon de sécurité bleu d'un EpiPen®, il faut le tirer bien droit. Il faut éviter de le tirer vers le côté, de le plier ou de le tordre, car cela pourrait activer spontanément l'auto-injecteur ou entraîner un mauvais fonctionnement. Après l'administration de l'EpiPen®, un protecteur orange couvre automatiquement l'aiguille pour empêcher qu'elle ne soit exposée.

Allerject®

L'Allerject® contient un système d'instructions sonores qui guide l'utilisateur à travers les étapes de l'administration de l'injection. L'enregistrement de la voix commencera à se faire entendre dès que le dispositif est retiré de son étui. Si le système sonore ne fonctionne pas pour quelque raison que ce soit, l'Allerject® peut malgré tout être utilisé. Lorsque le bouchon de sécurité rouge est retiré, l'Allerject® est activé et doit être utilisé ou jeté. Une fois l'Allerject® administré, l'extrémité noire s'immobilise pour que l'aiguille ne soit plus exposée.

Administrer un auto-injecteur d'épinéphrine

1. Immobilisez la jambe de l'enfant. Il doit être assis ou couché dans une position confortable.
 - Si l'enfant se sent étourdi ou sur le point de s'évanouir, il faut l'étendre sur le dos, en élevant ses jambes au-dessus du niveau du cœur. Par contre, si l'enfant a des difficultés respiratoires, maintenez-le en position verticale. Si l'enfant vomit, il faut le coucher sur le côté. L'enfant ne doit pas s'asseoir ou se lever immédiatement après une réaction, pour éviter une autre chute de la tension artérielle mettant la vie en danger.
 - Il peut être nécessaire de tenir ou d'enjamber l'enfant. Les nouveau-nés et les tout-petits peuvent être maintenus sur les genoux d'un adulte.
2. Identifiez l'endroit où administrer l'injection, sur le côté du milieu de la cuisse.
 - L'auto-injecteur d'épinéphrine peut traverser une épaisseur de vêtements normaux, mais les habits de neige ou autres vêtements volumineux doivent être retirés.
 - On trouve le milieu de la cuisse en divisant la cuisse entre le genou et la hanche en trois sections et en choisissant la section du milieu. Le côté extérieur de la cuisse se trouve entre le pli avant et la couture de côté d'un pantalon. Palpez l'endroit avec la main, pour vous assurer qu'il n'y a pas de coutures ou d'objets dans une poche.
3. Tenez l'auto-injecteur d'épinéphrine correctement.
 - Pour l'EpiPen®, empoignez-le fermement en évitant de placer le pouce sur l'une ou l'autre des extrémités du dispositif. Évitez de faire l'injection dans les mains ou les pieds, car ceci pourrait entraîner une perte du flot sanguin à la zone affectée. Si une injection accidentelle se produit dans un de ces endroits, appelez le 911/EMS.
4. Retirez le bouchon de sécurité en tirant bien droit. Évitez de plier ou de tordre le bouchon.

5. Pressez fermement l'embout de l'auto-injecteur sur la cuisse à un angle de 90°, jusqu'à ce que vous entendiez un déclic. Maintenez l'auto-injecteur d'épinéphrine en place pour vous assurer que tout le médicament a été injecté.
 - Tenez l'EpiPen® en place en comptant lentement jusqu'à 5.
 - Tenez l'Allerject® en place en comptant lentement jusqu'à 2.
6. Jetez l'auto-injecteur d'épinéphrine utilisé conformément à la politique du programme communautaire pour disposer des aiguilles, ou remettez-le au personnel des Services médicaux d'urgence.
 - L'EpiPen® est muni d'un protecteur de plastique qui s'étendra et s'immobilisera pour que l'aiguille ne soit pas exposée. Si ceci ne se produit pas, vérifiez que le bouchon de sécurité avait bien été retiré et injectez à nouveau en pressant plus fermement.

Après avoir reçu une injection d'épinéphrine, l'enfant peut paraître pâle, se plaindre d'un mal de tête, d'étourdissements, d'avoir le cœur qui bat fort, d'avoir des nausées ou des tremblements. L'enfant peut devenir très silencieux. Ces effets de l'épinéphrine s'estomperont rapidement. L'amélioration des signes d'anaphylaxie se produira en quelques minutes.

Répondre à une réaction anaphylactique

1. Administrez l'auto-injecteur d'épinéphrine sur le côté du milieu de la cuisse.
 - Il est essentiel que l'auto-injecteur d'épinéphrine soit administré le plus vite possible. Administrer la première dose sans délai réduit les risques d'avoir besoin de doses additionnelles d'épinéphrine.
2. Composez le 911/EMS.
 - Il est essentiel qu'une personne ayant une réaction anaphylactique soit vue par un médecin, même si l'auto-injecteur d'épinéphrine a été administré et que les signes d'anaphylaxie disparaissent.
 - L'appel au 911/EMS doit être fait simultanément à l'injection de l'auto-injecteur d'épinéphrine en déléguant la tâche à une personne responsable. Ne laissez JAMAIS seul un enfant qui présente une réaction anaphylactique.
3. Communiquez avec le parent ou le tuteur de l'enfant.
4. Si les symptômes persistent sans amélioration, un autre auto-injecteur d'épinéphrine peut être administré de 5 à 15 minutes après la première dose.
 - Le fait que l'enfant ait de la difficulté à respirer et qu'il perde peu à peu conscience est un signe que la réaction anaphylactique empire.
 - Il est important de prendre en note l'heure de l'administration de la première dose d'épinéphrine.
 - L'administration de plus de deux doses de l'auto-injecteur d'épinéphrine doit être décidée en consultation avec un prestataire de services médicaux d'urgence (en personne ou par téléphone).
 - Dans la mesure du possible, les parents ou les tuteurs de l'enfant doivent fournir un auto-injecteur d'épinéphrine d'appoint au programme communautaire, au cas où une deuxième dose d'épinéphrine soit requise.
5. Restez avec l'enfant jusqu'à l'arrivée des intervenants des Services médicaux d'urgence.

- Empêchez l'enfant de s'asseoir ou de se lever rapidement, pour éviter une autre chute de la tension artérielle
- Vous devrez fournir les renseignements suivants au personnel des Services médicaux d'urgence : signes d'anaphylaxie observés chez l'enfant, progression dans le temps, endroit où l'auto-injecteur d'épinéphrine a été administré (cuisse droite ou gauche) et effet de l'épinéphrine chez l'enfant.

PLAN DE SOINS DE SANTÉ

Lorsqu'un programme communautaire reçoit un soutien du Système commun d'orientation et de réception des demandes (URIS) pour répondre aux besoins du Groupe B en matière de soins de santé d'un enfant, on établit un plan de soins écrit, qui est mis à jour au moins une fois par an par une infirmière. L'élaboration et la mise en œuvre du plan de soins de santé doivent tenir compte des principes d'inclusion, de normalisation et d'autonomie.

- Un enfant à risque d'anaphylaxie est avant tout un enfant qui fait partie d'une famille, d'un établissement de garde d'enfants, d'une classe ou d'un autre programme communautaire.
- Il faut adapter le milieu pour soutenir l'enfant et non adapter l'enfant à son milieu.
- Les interventions doivent être aussi discrètes que possible et faites de façon à respecter la dignité et la vie privée de l'enfant, de même que le déroulement normal du programme communautaire.
- Les parents ou tuteurs ont, tout comme l'enfant, des droits et des obligations, et doivent être activement encouragés à participer aux décisions qui les affectent et qui touchent leur enfant.

Un plan de soins standard peut être utilisé, car la réponse à une réaction anaphylactique dans le contexte d'un programme communautaire est la même pour tous les enfants. Un plan de soins standardisé peut être rempli par un parent ou tuteur et revu par l'infirmière autorisée.

Le plan de soins doit être placé dans un endroit sûr et accessible sur les lieux du programme communautaire. Tous les membres du personnel qui peuvent être chargés de l'enfant à risque d'anaphylaxie doivent savoir où se trouve le plan de soins. Ce plan doit aussi accompagner l'enfant en cas d'excursion hors de l'établissement.

Si l'enfant a reçu une ordonnance d'auto-injecteur d'épinéphrine, mais qu'il n'apporte pas le dispositif au programme communautaire, il n'est pas nécessaire de remplir un plan de soins. Dans une telle situation, la réponse à une réaction anaphylactique est d'appeler le 911/EMS.

Contenu

Le plan de soins en cas d'anaphylaxie doit contenir les renseignements suivants. Vous trouverez en annexe un exemple de *Plan de soins en cas d'anaphylaxie*.

Renseignements généraux

- Nom de l'enfant
- Date de naissance
- Nom du programme communautaire
- Nom des parents ou tuteurs et numéros de téléphone
- Nom et numéro de téléphone de la personne à contacter en cas d'urgence
- Coordonnées des médecins

- Nom et numéro de téléphone de l'allergologue
- Nom et numéro de téléphone du médecin de famille ou du pédiatre

Renseignements sur l'allergie

- Allergène(s) pouvant être mortel(s)
- Allergène(s) non mortel(s)
- Présence d'un bracelet d'identification médicale (p. ex. bracelet Medic-Alert®)

Renseignements sur l'auto-injecteur d'épinéphrine

- Nom et dose de l'auto-injecteur d'épinéphrine (p. ex. EpiPen®, Allerject®)
- Endroit où est conservé l'auto-injecteur d'épinéphrine lorsque l'enfant est présent au programme communautaire
- Disponibilité d'un auto-injecteur d'épinéphrine d'appoint au programme communautaire et endroit où il est conservé

Réponse à la réaction anaphylactique

- Signes d'anaphylaxie
- Étapes de l'administration de l'auto-injecteur d'épinéphrine
- Étapes de la réponse à la réaction anaphylactique

Documentation

- Modèle à suivre pour noter les interventions et les mesures prises par l'infirmière, ou le personnel du programme communautaire (p. ex. communication, mesures prises)
- Signatures et dates
 - Signature de l'infirmière et date
 - Signature du parent ou tuteur et date

Administration d'antihistaminiques

Les antihistaminiques ne sont pas recommandés pour le traitement de l'anaphylaxie et ne doivent pas être inclus dans le plan de soins en cas d'anaphylaxie. Si les parents ou tuteurs demandent l'administration d'antihistaminiques pour des réactions allergiques qui ne menacent pas la vie, il faut procéder conformément aux politiques du programme communautaire concernant l'administration des médicaments.

Stratégies de réduction des risques

Au Manitoba, les écoles et les établissements de garde d'enfants autorisés sont tenus d'élaborer et de mettre en œuvre une politique concernant l'anaphylaxie dans leurs installations, y compris des stratégies de réduction des risques d'exposition aux allergènes. En octobre 2008, la Loi modifiant la loi sur les écoles publiques – Politiques sur l'anaphylaxie a été adoptée, dans le but d'officialiser l'obligation des commissions scolaires d'instaurer une politique en matière d'anaphylaxie. Le projet de loi donne également au ministre de l'Éducation le pouvoir discrétionnaire d'établir des règlements dans ce domaine. La modification a été adoptée le 1^{er} novembre 2009. Pour obtenir

plus de renseignements sur la Loi modifiant la loi sur les écoles publiques, consultez le site <http://web2.gov.mb.ca/bills/39-2/b232f.php>.

En 2008, le Manitoba a adopté une Charte sur la sécurité des enfants en garderie, le premier texte de loi de la sorte au Canada, qui exige des plans de sécurité et des codes de conduite dans les établissements de garde d'enfants. Cette charte oblige ces derniers à élaborer des politiques et des procédures complètes et coordonnées pour répondre aux besoins des enfants à risque d'anaphylaxie. Elle a été adoptée le 1^{er} mai 2010. Pour obtenir plus de renseignements sur la Charte sur la sécurité des enfants en garderie, consultez le site <http://web2.gov.mb.ca/laws/statutes/2008/c01808f.php>.

Si les responsables d'un programme communautaire n'ont pas établi de stratégies de réduction des risques, l'infirmière doit les aider à le faire. Il faut tenir compte de nombreux facteurs dans l'établissement de stratégies de réduction des risques, notamment l'âge des enfants, l'emplacement des aires de repas, le niveau de supervision et la taille de l'établissement. Les stratégies les plus efficaces font appel au soutien de l'ensemble de la communauté, y compris les parents ou tuteurs, les enfants et le personnel du programme communautaire. Le *Modèle de stratégies de réduction des risques* qui se trouve en annexe peut servir à l'élaboration d'une telle stratégie. Vous trouverez également en annexe l'*Exemple de lettre de sensibilisation aux allergènes*. Les programmes communautaires pourront s'en servir pour établir un environnement sensibilisé aux allergènes (p. ex. demander que des produits contenant des allergènes ne soient pas apportés au programme communautaire). D'autres ressources pourront aussi être utiles pour élaborer une stratégie de réduction des risques, notamment : *L'anaphylaxie à l'école et dans d'autres milieux*, 3^e édition.

FORMATION

Lorsqu'un programme communautaire reçoit un soutien de Groupe B du Système commun d'orientation et de réception des demandes (URIS), une infirmière autorisée forme le personnel du programme. La formation a lieu au moins une fois par an. Elle doit être conforme aux principes suivants d'enseignement aux adultes.

- Il faut cerner et intégrer aux séances de formation les besoins en apprentissage des participants.
- L'information doit être applicable aux responsabilités des participants et être centrée sur ce qui leur sera le plus utile.
- Les adultes ont emmagasiné un ensemble fondamental d'expériences et de connaissances durant leur vie, et ont besoin d'établir des liens entre l'apprentissage et ces expériences et connaissances.
- Une séance de formation organisée et constituée d'éléments bien définis aide les participants à cerner et à atteindre des buts d'apprentissage.

Il est recommandé que tous les membres du personnel d'un programme communautaire qui pourraient avoir à s'occuper d'un enfant à risque d'anaphylaxie assistent à la séance de formation. Par exemple, les membres du personnel d'un programme communautaire qui pourraient avoir à s'occuper d'un enfant à risque d'anaphylaxie sont, notamment :

- dans les écoles – les enseignants, les auxiliaires d'enseignement, les administrateurs scolaires, les employés de bureau, les enseignants suppléants, les conducteurs d'autobus, les personnes qui surveillent la cafétéria;
- dans les établissements de garde d'enfants autorisés – les fournisseurs de services de garderie, les directeurs d'établissements;
- dans les programmes de loisirs – les membres du personnel, les administrateurs, les bénévoles.

Les responsables du programme communautaire doivent veiller à ce que les membres du personnel en question participent à la séance de formation. Il est recommandé de garder un relevé écrit des membres du personnel qui ont assisté à la formation et de la date.

Il faut prévoir assez de temps pour la formation afin que le personnel du programme communautaire puisse acquérir les connaissances et les compétences nécessaires pour pouvoir répondre en toute sécurité aux besoins des enfants à risque d'anaphylaxie qui fréquentent l'établissement. Le temps nécessaire pour former les membres du personnel d'un programme communautaire dépend de plusieurs facteurs, tels les connaissances qu'ils ont déjà, le nombre de membres du personnel qui participent et le genre de ressources utilisées pour la formation (p. ex. document PowerPoint, Feuille de travail).

Dans la mesure du possible, il faut prévoir la formation à un moment où tout le personnel du programme communautaire peut y participer, afin que le service puisse être fourni de façon efficace. Si la séance de formation a peu de participants (c'est-à-

dire qu'il n'y a pas assez de membres du personnel pouvant répondre aux besoins de l'enfant en toute sécurité), il faudra ajouter une autre séance de formation. Si la présence aux séances ultérieures est également faible, d'autres stratégies devront être envisagées avec les responsables du programme communautaire pour veiller à ce que la formation soit donnée de façon adéquate.

Si le personnel d'un programme communautaire n'a pas encore reçu de formation, un enfant à risque d'anaphylaxie peut tout de même participer à ce programme avant que la séance de formation ait lieu. Dans ce cas, si nécessaire, il faut appliquer la procédure d'urgence prévue par le programme communautaire (p. ex. composer le 911/EMS).

Contenu

Les renseignements cliniques ci-dessous, de même que les renseignements propres à l'enfant sont inclus dans la séance de formation. Les séances comprennent une démonstration de l'administration d'un auto-injecteur d'épinéphrine et les participants ont l'occasion d'en faire aussi l'essai (mise en pratique).

Renseignements cliniques

- Définition des allergies et de l'anaphylaxie
- Allergènes courants
- Réduction des risques
- Signes d'anaphylaxie
- Traitement de l'anaphylaxie
 - Épinéphrine
 - Asthme et anaphylaxie
 - Auto-injecteurs d'épinéphrine
 - Administration d'un auto-injecteur d'épinéphrine – incluant démonstration et mise en pratique (voir les détails ci-dessous)
 - Répondre à une réaction anaphylactique

Renseignements propres à l'enfant

- Allergène(s) pouvant être mortel(s)
- Nom et emplacement de l'auto-injecteur d'épinéphrine

Démonstration et mise en pratique

L'infirmière fait une démonstration de l'administration de l'auto-injecteur d'épinéphrine prescrit aux enfants du programme communautaire et observe les participants qui effectuent à leur tour le processus.

Des dispositifs de formation sont nécessaires pour la démonstration; on peut les acheter en consultant le site Web des différents fabricants.

- www.epipen.ca/fr/

Ressources de formation

Les ressources suivantes sont incluses dans les annexes de ce document. Si d'autres ressources sont utilisées, l'infirmière est responsable de s'assurer que leur contenu soit conforme aux renseignements cliniques de ce document.

- *Anaphylaxie – Document à distribuer*
- *Anaphylaxie – Document PowerPoint*
- *Anaphylaxie – DVD*
- La *Feuille de travail sur l'anaphylaxie* (versions Word et PowerPoint) est recommandée pour le personnel du programme communautaire qui a pris part à une séance de formation antérieure. La version Microsoft Word conviendra peut-être davantage aux petits groupes. La version Microsoft PowerPoint est indiquée pour les groupes de plus grande taille.
- Un document *Renseignements propres à l'enfant pour les séances de formation* peut servir à revoir les renseignements sur un enfant en particulier dans le cadre d'une séance de formation.

La formation sur place par une infirmière autorisée est exigée pour déléguer les connaissances et les compétences de la prise en charge de l'anaphylaxie à des membres du personnel du programme communautaire. D'autres stratégies de formation peuvent être utilisées comme ajouts à la formation sur place, à la discrétion de l'infirmière. Les ressources en ligne suivantes peuvent être utiles à des fins de formation.

- Formation en ligne sur l'anaphylaxie
<http://www.eworkshop.on.ca/edu/anaphylaxis/sc00.cfm?L=2>
- Allergies alimentaires Canada – Cours en ligne Connaître les allergies.ca pour les éducateurs et les travailleurs des services à l'enfance :
www.connaîtrelesallergies.ca/
- Allergies alimentaires dans les écoles : Ce que le personnel de l'école doit savoir – www.allergyhome.org (en anglais seulement)
- Vidéo sur l'EpiPen® – www.epipen.ca/fr/

SUIVI

Le suivi du personnel formé d'un programme communautaire par une infirmière est requis pour veiller à la bonne acquisition et à la rétention des connaissances et compétences nécessaires pour prodiguer en toute sécurité les soins des enfants à risque d'anaphylaxie. La formation a lieu au moins une fois par an.

La fréquence et le moment du suivi dépendent du jugement professionnel de l'infirmière, ainsi que de la complexité de la matière enseignée, de la maturité des participants et des compétences dont font preuve les employés du programme communautaire. On peut se servir des stratégies suivantes pour faire le suivi :

- Feuille d'évaluation à faire remplir par le personnel du programme communautaire présent à la séance de formation. Vous trouverez dans les annexes de ce document la *Formule d'évaluation de la séance de formation sur l'anaphylaxie* qui peut servir à cette fin.
- Les membres du personnel du programme communautaire sont observés lorsqu'ils font une mise en pratique (c.-à-d. administration d'un dispositif de formation sur l'auto-injecteur d'épinéphrine) à la séance de formation.
- Questions posées au personnel du programme communautaire pendant la séance de formation. La *Feuille de travail sur l'anaphylaxie* figure en annexe et peut être utilisée à cette fin.

BIBLIOGRAPHIE

- Société Canadienne d'Allergie et d'Immunologie Clinique (2016) (3^e édition révisée). *L'anaphylaxie à l'école et dans d'autres milieux*.
- Bock, S.A., Munoz-Furlong, A. et Sampson, H.A. (2007). Further fatalities caused by anaphylactic reactions to food, 2001-2006. *J Allergy Clin Immunol*, 119, 1016-8.
- Fleming JT, Clark S, Camargo CA, Jr. et Rudders SA. (2015). Early treatment of food-induced anaphylaxis with epinephrine is associated with a lower risk of hospitalization. *J Allergy Clin Immunol Pract*, 3, 57-62.
- Fischer, D., Vander Leek, T., Ellis, A. et Kim, H. (2018). *Anaphylaxis*. *Allergy Asthma & Clinical Immunology* 14 (Suppl 2), 54, <https://doi.org/10.1186/s13223-018-0283-4>
- Golden, D., Demain, J., Freeman, T., Graft, D., Tankersley, M., Tracy, J., Blessing-Moore, J., Bernstein, D., Dinakar, C., Greenhawt, M., Khan, D., Lang, D., Nicklas, R., Oppenheimer, J., Portnoy, J., Randolph, C., Schuller, D. et Wallace, D. (2017). Stinging insect hypersensitivity: A practice parameter update 2016. *Annals of Allergy Asthma & Immunology*, 118, 28e54.
- Gouvernement du Canada (14 mai 2018). Allergènes alimentaires les plus courants. Tiré de <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aliments-nutrition/salubrite-aliments/allergies-alimentaires-intolerances-alimentaires/allergies-alimentaires.html>
- Hochstadter, E., Clarke, A., De Schryver, S., LaVieille, S., Alizadehfar, R., Joseph, L., et coll. (2016). Increasing visits for anaphylaxis and the benefits of early epinephrine administration: A 4-year study at a pediatric emergency department in Montreal, Canada. *J Allergy Clin Immunol*, 137, 1888-90.e4.
- Järvinen, K.M., Sicherer, S.H., Sampson, H.A. et Nowak-Wegrzyn A. (2008). Use of multiple doses of epinephrine in food-induced anaphylaxis in children. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 122(1), 133-138.
- Kim, H. et Fischer, D. (2011). Anaphylaxis. *Allergy, Asthma & Clinical Immunology*, article 7, Supplément : S1-S6, <http://www.aacijournal.com/content/7/S1/S6>
- Lieberman, P., Nicklas, R.A., Randolph, C., Oppenheimer, J., Bernstein, D., Bernstein, J., et al. (2015). Anaphylaxis : a practice parameter update 2015. *Ann Allergy Asthma Immunol*, 115, 341-84.
- NIAID-Sponsored Expert Panel (2010). Guidelines for the Diagnosis and Management of Food Allergy in the United States: Report of the NIAID-Sponsored Expert Panel. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 126(6) Supplément : S1-S58.

- Perry, T.T., Conover-Walker, M.K., Pomes, Chapman, A.M.D. et Wood, R.A. (2004). Distribution of peanut allergen in the environment. *J Allergy Clin Immunol*, 113, 973-6.
- Sampson, H.A. (2003). Anaphylaxis and Emergency Treatment. *Pediatrics*, 111, 1601.
- Sicherer, S.H. et Simons, F.E.R. (2007). Self-injectable Epinephrine for First-Aid Management of Anaphylaxis. *Pediatrics*, 119(3), 638-646.
- Sicherer, S. et Simons, F.E.R. (2017). Epinephrine for first-aid management of anaphylaxis. *Pediatrics*, 139.e20164006.
- Simons, F.E.R. (2004). First-aid treatment of anaphylaxis to food: Focus on epinephrine. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 113(5), 837-844.
- Simons, F.E.R., Arduoso, L.R., Bilo, M.B., et al. (2014). World Allergy Organization anaphylaxis guidelines: summary. *World Allergy Organization Journal*, 7, 9.
- Simons, F.E.R., Xiaochen et Simons, K.J. (2000). Outdated EpiPen® and EpiPen® Jr auto injectors: Past their prime? *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 105(5), 1025-1030.
- Waserman, S., Bégin, P. et Watson, W. (2018). IgE mediated Food Allergy. *Allergy Asthma & Clinical Immunology*, 14 (Supplément 2), 55.
- Young, M.C., Munoz-Furlong, A. et Sicherer, S.H. (2009). Management of food allergies in schools: A perspective for allergists. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 124(2), 175-182.

RESSOURCES

La liste suivante comprend des ressources qui peuvent être pertinentes pour les programmes communautaires qui comptent des enfants à risque d'anaphylaxie. Le mandat de ces organismes n'est peut-être pas conforme à l'objectif et au contenu de ce document.

Children's Allergy and Asthma Education Centre (CAAEC) au Centre des sciences de la santé de Winnipeg

Chaîne YouTube : Allergy and Asthma Education

- Le CAAEC offre des programmes gratuits d'éducation sur l'asthme et les allergies alimentaires pour les parents, les enfants d'âge scolaire et les adolescents.
- <https://asthma-education.com/un-frances/>, 204 787-2551 ou numéro sans frais 1 888 554-1141

Alberta Education – Allergy and Anaphylaxis Informational Response (AAIR) (en anglais seulement)www.education.alberta.ca/admin/healthandsafety/aaair.aspx

Allergy Home – Site Web éducatif (en anglais seulement)

<http://www.allergyhome.org/>

- Ressources en ligne et imprimées pour les écoles et autres programmes communautaires

Sécurité Allergie

www.securite-allergie.ca/

- Basé sur le document *L'anaphylaxie à l'école et dans d'autres milieux* de la Société canadienne d'allergie et d'immunologie clinique, 2011
- Ressources pour les programmes communautaires

Allergies alimentaires Canada

<https://allergiesalimentairescanada.ca/>

- Ressources pour les programmes communautaires et les familles
- Articles à vendre (p. ex. livres, affiches)
- Module d'apprentissage en ligne sur l'anaphylaxie –

www.eworkshop.on.ca/allergies

- Cours en ligne pour les éducateurs et les travailleurs des services à l'enfance – <https://www.connaîtrelesallergies.ca/cours/>
- Site Web pour les adolescents – <http://www.pourquoiprendrelerisque.ca/>
- Site Web pour les enfants – www.safe4kids.ca

Allergie Asthme Association d'information

<https://asthma.ca/allergie-asthme-association-dinformation/>

- Ressources pour les programmes communautaires et les familles

Association québécoise des allergies alimentaires

www.aqaa.gc.ca

- Ressources pour les programmes communautaires et les familles

Allergic Living Magazine (en anglais seulement)

www.allergicliving.com

- Ressources pour les programmes communautaires et les familles

British Columbia School Trustees Association – Ressources sur l’anaphylaxie

<http://dsweb.bcsta.org/docushare/dsweb/View/Collection-7655>

Agence canadienne d'inspection des aliments

www.inspection.gc.ca

- Information et fiches de renseignements sur les allergies et l’étiquetage des allergènes alimentaires – <https://www.inspection.gc.ca/salubrite-alimentaire-pour-l-industrie/information-pour-les-consommateurs/fiches-de-renseignements-et-infographies/allergenes/fra/1332442914456/1332442980290>
- Avertissements de rappel d'aliments et alertes à l'allergie – <https://www.inspection.gc.ca/au-sujet-de-l-acia/salle-de-nouvelles/avis-de-rappel-d-aliments/fra/1299076382077/1299076493846>

Fondation canadienne Medic Alert – Aucun enfant oublié

www.aucunenfantoublie.ca/index.asp

- Bracelets Medic Alert GRATUITS pour les enfants de 4 à 14 ans qui fréquentent une école participant au programme

Association canadienne des commissions et conseils scolaires (ACCCS)

www.cdnsba.org

- L'anaphylaxie : Guide à l'intention des commissions et conseils scolaires

EpiPen® Canada

www.epipen.ca/fr/

- Comment utiliser l’EpiPen® – Vidéo en ligne
- Service de rappel de la date de péremption

F.A.R.E. Food Allergy Research and Education (É.-U.) (en anglais seulement)

www.foodallergy.org

- Sites Web pour les adolescents – www.faanteen.org et www.foodallergy.org/resources/teens

Santé Canada

<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aliments-nutrition/salubrite-aliments/allergies-alimentaires-intolerances-alimentaires.html>

- Avis, avertissements et rappels

- <https://canadiensensante.gc.ca/recall-alert-rappel-avis/index-fra.php>
Étiquetage des aliments
<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aliments-nutrition/etiquetage-aliments.html>

Kids with Food Allergies Foundation (en anglais seulement)

www.kidswithfoodallergies.org

Ministère de l'Éducation du Manitoba

www.edu.gov.mb.ca/indexfr.html

- Système commun d'orientation et de réception des demandes (URIS) – <https://www.edu.gov.mb.ca/m12/enfdiff/uris/index.html>
- Lois et politiques – https://www.edu.gov.mb.ca/m12/enfdiff/plan_part.html

National Education Association (NEA) Health Information Network (HIN) (en anglais seulement)

www.nea.org

- Ressources pour les programmes communautaires

The Food Allergy & Anaphylaxis Alliance (en anglais seulement)

www.foodallergyalliance.org